

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Roberta Teixeira Prado

**BANCO DE TECIDOS OCULARES HUMANOS:
atuação dos enfermeiros**

Juiz de Fora

2013

Roberta Teixeira Prado

**BANCO DE TECIDOS OCULARES HUMANOS:
atuação dos enfermeiros**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra Sonia Maria Dias

Juiz de Fora

2013

Prado, Roberta Teixeira.

Banco de Tecidos Oculares Humanos: atuação dos enfermeiros
/ Roberta Teixeira Prado. – 2013.

155 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Juiz
de Fora, Juiz de Fora, 2013.

1. Banco de olhos. 2. Enfermagem. 3. Córnea. I. Título.

TERMO DE APROVAÇÃO

Título da dissertação: Banco de Tecidos Oculares Humanos: atuação dos enfermeiros

Nome da aluna: Roberta Teixeira Prado

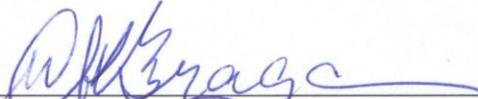
ORIENTADOR (A): Sonia Maria Dias

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

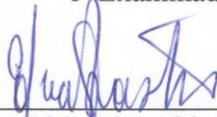
Aprovada em: 10 de maio de 2013.



Profa. Dra Sonia Maria Dias
Universidade Federal de Juiz de Fora
Orientadora-Presidente da Banca



Profa. Dra Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo
Universidade de São Paulo
1ª Examinadora



Profa. Dra Edna Aparecida Barbosa de Castro
Universidade Federal de Juiz de Fora
2ª Examinadora



Profa. Dra Enedina Soares
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Suplente



Profa. Dra Rosângela Maria Greco
Universidade Federal de Juiz de Fora
Suplente

À minha família que esteve sempre ao meu lado me apoiando e incentivando diante das dificuldades, visando minha formação pessoal e profissional.

Em especial aos meus pais, Jeorgina e Marco Antonio (Marito), pelo exemplo de vida e caráter e às minhas irmãs, Renata e Andreia, pelo apoio recebido e ao meu esposo, Alex, pela paciência e incentivo.

Aos sujeitos desta pesquisa, que tanto me ajudaram a compreender melhor a atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos e me estimularam a realizar esta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por tudo: saúde, força, coragem e determinação para percorrer os caminhos em busca de sabedoria.

À minha família, por ser fonte de incentivo e amor.

À Professora Sonia Dias, minha orientadora, por todas as discussões e sugestões nas reuniões de orientação e pela confiança concedida nesses anos, pelos ensinamentos e auxílio nesta caminhada. Em especial pela possibilidade de contribuição e crescimento nesta área a ser desbravada pela enfermagem.

A todos os enfermeiros participantes desta pesquisa, por me receberem tão bem e por permitirem conhecer um pouco de suas realidades cotidianas e compartilhar de histórias sobre doação de córneas e atuação nos Bancos de Olhos.

Aos meus colegas de Mestrado, pelo incentivo recebido e amizade compartilhada;

À professora Anna Maria Salimena, coordenadora do Programa de Mestrado, pelo apoio recebido e pela disposição em desenvolver o Programa de Mestrado.

À Jorbênia, secretária do Programa de Mestrado, pela sua dedicação em resolver todos os assuntos e pelas palavras de apoio.

À amiga Mônica Campos Daibert, pelos ensinamentos, estímulos e partilhas;

Aos amigos, familiares e a todos os que, de alguma forma, contribuíram para tornar este trabalho possível, e cujos nomes não foram mencionados.

Aos professores do Programa de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora pelas discussões nas disciplinas do mestrado e ensinamentos valiosos;

Aos professores da Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora que me apoiaram nesta caminhada.

À Faculdade de Enfermagem da UFJF.

À Universidade Federal de Juiz de Fora.

À Capes, pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Aos familiares dos doadores que, apesar da dor da perda dos entes queridos, se disponibilizam a doar córneas a quem precisa.

*"Não há transição que não implique um ponto de partida, um processo e um ponto de chegada.
Todo amanhã se cria num ontem, através de um hoje.
De modo que o nosso futuro baseia-se no passado e se corporifica no presente.
Temos de saber o que fomos e o que somos, para sabermos o que seremos."*

*Paulo Freire
Livro: Educação e mudança*

RESUMO

O estudo busca analisar as especificidades do trabalho dos enfermeiros em Banco de Tecidos Oculares Humanos tendo por base as etapas do processo de captação de órgãos e tecidos estabelecidas pelo Ministério da Saúde. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada, com sete enfermeiros que atuam neste serviço no estado de Minas Gerais e foram analisados com o suporte da análise de conteúdo. As categorias identificadas nos depoimentos dos enfermeiros, quais sejam, conhecimentos e habilidades necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos; facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros; gerência de enfermagem e lidando com a morte, ofereceram subsídios relevantes para a análise da atuação dos enfermeiros neste cenário de prática. Foi apontada a necessidade de conhecimentos sobre anatomia humana, fisiologia e patologia, conhecimento de diluição de amostra sanguínea em pacientes hemotransfundidos que são potenciais doadores de córneas e dos diferentes eventos patológicos que contraindicam a doação de córneas. Além do conhecimento da legislação sobre a temática, dentre outros. Dentre as habilidades requeridas para o trabalho nos Bancos de Olhos sob a ótica dos enfermeiros dos serviços destacam-se o equilíbrio emocional, habilidades relacionadas à educação, habilidade de liderança para manter a união e a integração da equipe, habilidade para lidar com o cadáver, assim como a destreza nos procedimentos técnicos envolvidos no serviço. Ao analisar as falas dos sujeitos desta pesquisa verifica-se que a dimensão gerencial recebeu relevância nas falas dos sujeitos. Ficou evidente que os enfermeiros precisam dedicar maior atenção às dimensões de ensino e pesquisa. Verificou-se que as facilidades mais citadas para a realização do trabalho dos enfermeiros estão associadas ao relacionamento desenvolvido com a equipe multidisciplinar, a aspectos de infraestrutura disponíveis para uso no serviço e à formação profissional. Os conflitos no exercício do trabalho do enfermeiro apareceram sob diferentes manifestações e envolvem muitas vezes relações hierárquicas conflituosas. Os discursos mostram que os enfermeiros consideram-se membros responsáveis pelo serviço de enfermagem e pela integração da equipe, mas se sentem tolhidos diante das estruturas políticas presentes. Constatou-se que o enfermeiro é o grande responsável pelo gerenciamento do serviço da equipe de enfermagem e acaba gerenciando os processos de trabalho no setor. Constatou-se que algumas determinações e princípios que regem a atuação dos profissionais da enfermagem muitas vezes são desrespeitados e que a atuação dos enfermeiros nos diferentes Bancos de Olhos

precisa ser revista e transformada. Observou-se que os enfermeiros dos Bancos de Olhos lidam de formas diferentes com a morte. Há mortes que geram maior desgaste e sofrimento ao profissional, a formação dos profissionais não permite um olhar amplo sobre a temática e que mesmo diante da exposição a situações de morte e desgastes relacionados ao trabalho, o serviço no Banco de Olhos é considerado algo nobre e recompensador pelos enfermeiros entrevistados.

Palavras-chave: Bancos de Olhos. Enfermagem. Córnea.

ABSTRACT

The study seeks to examine the specifics of the work of nurses in Human Ocular tissue bank based on the stages of the process of obtaining organs and tissues set out by the Ministry of health. This is an exploratory and descriptive study with a qualitative approach. The data were collected through semi-structured interview with seven nurses working in this service in the State of Minas Gerais in the Southeast region and were analyzed with the support of content analysis. The categories identified in the affidavits of nurses, namely, knowledge and necessary skills to nurses of Eyes; facilities and difficulties faced by nurses; nursing management and dealing with death, offered subsidies that are relevant to the analysis of the role of nurses in this practical scenario. Was pointed to the need for knowledge about human anatomy, Physiology and pathology, knowledge of blood sample dilution in transfused patients who are potential donors of corneas and pathological events that contraindicate the donation of corneas. In addition to the knowledge of the legislation on the subject, among others. One of the skills required to work in banks of Eyes from the perspective of the nurses of the services include the emotional balance, education-related skills, leadership ability to keep the Union and the team integration, ability to deal with the corpse, as well as the dexterity in the technical procedures involved in the service. By analyzing the speeches of the subjects of this research it turns out that the managerial dimension relevance in speeches of the subjects received. It was evident that nurses need to devote greater attention to the dimensions of teaching and research. It was found that the most cited facilities to carry out the work of nurses are associated with the relationship developed with the multidisciplinary team, the aspects of infrastructure available for use in the service and vocational training. The conflicts in the work of the nurses appeared under different forms and often involve conflicting hierarchical relationships. The speeches show that nurses are members responsible for nursing service and integration team, but feel restrained in the face of political structures present. It was found that the nurse is responsible for the management of the team of nursing service and ends up managing the work processes in the industry. It was noted that some regulations and principles governing the actions of nursing professionals are often not respected and that the work of nurses in different Banks of Eyes needs to be reviewed and processed. It was observed that the nurses of eye Banks deal in different ways with the death. There are deaths that lead to increased wear and suffering to the professional, the training of professionals does not allow a broad look on the subject and that even in the face of death

situations exposure and work-related damage, the service at the eye Bank is considered something noble and rewarding by the nurses interviewed.

Keywords: Eye Banks. Nursing. Cornea.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Contraindicações à doação e liberação de córneas para transplantes segundo RDC/Anvisa n. 67, de 30 de setembro de 2008.....	55
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por gênero.....	49
Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por faixa etária.....	49
Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por anos de estudo.....	50
Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por especialização em doação/transplante de órgãos e tecidos	50
Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tipos de pós-graduação.....	51
Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tempo de experiência profissional.....	51
Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tempo de atuação em Banco de Olhos	52

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABTO	Associação Brasileira de Transplante de Órgãos
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APABO	Associação Pan-americana de Banco de Olhos
AVE	Acidente Vascular Encefálico
BTOC	Bancos de Tecidos Oculares Humanos
CEP/ADC/FHEMIG	Comitê de Ética/Administração Central/Fundação Hospitalar de Minas Gerais
CFM	Conselho Federal de Medicina
CIHDOTT	Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes
CME	Central de material esterilizado
CNCDO	Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNNCDO	Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Cofen	Conselho Federal de Enfermagem
Coren	Conselho Regional de Enfermagem
FHEMIG	Fundação Hospitalar de Minas Gerais
GGSTO	Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos
GTS	Gestão de Trabalho no SUS
HC/UFU	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia
HLA	Antígenos Leucocitários Humanos
IML	Instituto Médico Legal
IST	IST Índice de segurança técnica
LDB	Lei de Diretrizes e Bases
ME	Morte Encefálica
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
OPOs	Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos
PAF	Projétil de arma de fogo
PCR	Parada Cardiorrespiratória
pmp/ano	por milhão de população por ano
Portaria GM/MS	Portaria Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SES	SES Secretaria Estadual de Saúde
SNT	Sistema Nacional de Transplantes
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Traumatismo Crânio encefálico
TCLE	Termo de Consentimento Livre e esclarecido
UTIs	Unidades de Tratamento Intensivo
VIH ou HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
2	OBJETIVOS	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
3	REVISÃO TEMÁTICA	22
3.1	HISTÓRIA E LEGISLAÇÃO SOBRE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS	22
3.2	O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES PROVENIENTES DE DOADORES CADÁVERES.....	27
3.2.1	Atuação da enfermagem no Banco de Olhos.....	38
4	MÉTODO	41
4.1	DELINEAMENTO.....	41
4.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	42
4.3	SUJEITOS PARTICIPANTES.....	43
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	43
4.5	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	44
4.6	ANÁLISE DOS DADOS	45
4.7	CUIDADOS ÉTICOS.....	46
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	48
5.2	CATEGORIA CONHECIMENTOS E HABILIDADES NECESSÁRIOS AOS ENFERMEIROS DOS BANCOS DE OLHOS.....	52
5.2.1	Conhecimentos necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos	53
5.2.2	Habilidades necessárias aos enfermeiros dos Bancos de Olhos	59
5.3	CATEGORIA FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS.....	70
5.3.1	Facilidades encontradas pelos enfermeiros	71
5.3.2	Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros	77
5.4	CATEGORIA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EM BANCO DE OLHOS.....	96
5.5	CATEGORIA LIDANDO COM A MORTE.....	116
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	126

REFERÊNCIAS	136
APÊNDICES	149
ANEXOS	153

1 INTRODUÇÃO

Os avanços científicos, tecnológicos, organizacionais e administrativos que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo têm resultado no aumento significativo do número de transplantes, embora estes ainda sejam insuficientes diante da enorme demanda de órgãos e tecidos no país.

A taxa de doação do 1º semestre de 2012 quando comparada com o primeiro trimestre de 2012 revela diminuição de 2,2% nas taxas de doadores efetivos [12,8 por milhão de população (pmp)] assim como doadores com órgãos transplantados (12,2 pmp). Mas, percebe-se avanço quando comparada com 2011, mostrando um aumento nessas taxas de 16,4% e 13,1%, respectivamente. Além disso, a taxa de notificação de potenciais doadores (42,7 pmp) aumentou 11% no semestre. Houve um crescimento de 8,8% na taxa de transplantes renais (28,2 mp), os transplantes hepáticos cresceram 7,4% (8,4 pmp), os de córneas cresceram 6,0%. Foram realizados 9,0 transplantes de medula óssea pmp, 67% deles autólogos, em 11 estados. Mais do que 15 transplantes pmp foram obtidos em apenas, São Paulo, Paraná e Pernambuco. Já os transplantes de pâncreas diminuíram 16% no semestre (0,8 pmp) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2012).

O Brasil realizou, no primeiro semestre de 2012, 12.287 transplantes, o que corresponde a um aumento de 12,7% de cirurgias desse tipo realizadas no mesmo período de 2011. Segundo os dados do ministério da saúde, no primeiro semestre de 2012, o transplante de pulmão teve aumento de 100%, o de coração, 29% quando comparado com os primeiros meses de 2011. Também cresceram os transplantes de medula óssea (17%), rim (14%), córnea (13%) e fígado (13%) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2012).

Esses procedimentos têm se tornado mais disponíveis e seguros, constituindo alternativas à saúde. Há que se destacar que são terapias cada vez mais elegíveis à medida que oferecem oportunidade de sobrevivência e de melhor qualidade de vida. Além disso, precisamos de alternativas diante do aumento da expectativa de vida da população (REIS et al., 2010; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

Certamente, a análise do aumento da taxa de doadores depende de um olhar que extrapole as questões técnicas envolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos, já que estão envolvidos direitos humanos, crenças, valores, costumes, ideais, religiosidade/religião, acesso a informações e serviços dentre outros (ROZA et al., 2010).

O Brasil destaca-se por ser um dos países que mais possui programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos, sendo o segundo país no planeta em número de transplantes, atrás apenas dos Estados Unidos da América. O Sistema Único de Saúde (SUS) financia mais de 95% dos transplantes realizados no país e também subsidia todos os medicamentos imunossupressores para os pacientes (REIS et al., 2010). Evidencia-se, então, que as políticas públicas de transplante no Brasil contribuem para o acesso de inúmeros brasileiros a esta terapia, além de serem destaques no mundo.

Existem no país 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes e o Sistema Nacional de Transplantes está presente em 25 estados do país, por meio das Centrais Estaduais de Transplantes, o que demonstra a ampla abrangência das ações no cenário nacional (BRASIL, [c201-]).

A doação de órgãos de doador falecido se processa de forma distinta da doação de córneas. Cabe ressaltar que elas se processam em diferentes etapas, sendo que ambas têm seu início na identificação do indivíduo falecido. No caso da doação de córneas a doação pode ocorrer a partir de óbito por morte encefálica ou por parada cardiorrespiratória, sendo que a retirada do tecido para transplante pode ocorrer até 6 horas após o óbito. Já a doação de múltiplos órgãos só ocorre a partir de constatação de morte encefálica e manutenção da viabilidade dos órgãos.

Após a identificação do potencial doador deve proceder-se a notificação deste fato, em caráter de urgência a uma Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos (CNCDO), por um profissional de saúde de uma instituição de saúde situada na área de referência de uma determinada Central. Após a notificação, será analisada a história clínica do paciente para avaliar possíveis contraindicações à doação e caso não tenha, a família será abordada por um profissional habilitado que, por sua vez, oferecerá à família a opção de doação de órgãos e/ou tecidos e fará os esclarecimentos necessários. Caso a família consinta com a doação, serão tomadas as medidas necessárias para a efetivação da doação, começando pela assinatura do Termo de Autorização de Doação de Órgãos e Tecidos, conforme a exigência da Lei n. 10.211, de 23 de março de 200, art. 4º e os procedimentos técnicos para a captação das córneas (BRASIL, 2001b).

Finalmente, após o processamento os órgãos e/ou tecidos doados serão distribuídos pela CNCDO obedecendo ao Cadastro Técnico de Receptores (Lista Única). Além destes critérios, serão considerados os de urgência estabelecidos pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) para cada órgão e tecido (BRASIL, 1998a).

No Brasil, as ações mais consistentes quanto à legislação iniciaram-se na década de 60 do século XX. Mantém-se vigente no Brasil regulamentando o transplante de órgãos a Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997– também conhecida como “Lei dos Transplantes” que aborda, dentre outros aspectos, a disposição *post mortem* de tecidos, órgãos e partes do corpo humano para fins de transplantes e sanções penais e administrativas pelo não cumprimento da lei. Ela foi regulamentada pelo Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997 que estabeleceu, também, a criação do SNT, órgão responsável pela coordenação de transplantes no país, pelos órgãos estaduais e pelas CNCDOs (BRASIL, 1997^a; BRASIL, 1997b).

A partir da década de 1980, com o avanço tecnológico e surgimento de novos medicamentos contra a rejeição, um grande número de pacientes transplantados tem sobrevivido por um período superior a 25 anos e as taxas de sobrevida em cinco anos, na maioria dos programas de transplantes, tem sido maiores que 70%. Além da maior sobrevida, o transplante pode proporcionar melhor qualidade de vida desses pacientes permitindo a sua reintegração socioprofissional (ARAVOT, et al., 2000; HARIHARAM et al., 2000; OSTROWSKI et al., 2000).

Dentre os transplantes realizados, o de córnea é o procedimento de transplante tecidual de maior sucesso em humanos e o mais realizado. Isto ocorre, dentre outros fatores, devido ao crescimento do número de doadores, baixo índice de rejeição neste tipo de transplante e porque há um aumento no número de Bancos de Tecidos Oculares Humanos (BTOC), mais conhecidos como Bancos de Olhos. Além disso, organização mais eficiente destes serviços com vista a melhorias na qualidade contribui enormemente para que o transplante de córnea seja um sucesso no mundo e no Brasil (CHALITA et al., 2000; SANO R. Y. et al., 2010).

O transplante de córnea também se destaca pelo que representa na recuperação da visão de um indivíduo, visto que as doenças da córnea correspondem à segunda causa de cegueira reversível no mundo e provocam uma importante perda fisiológica/física, econômica e social. O transplante de córnea, ou ceratoplastia, pode ter finalidades diagnósticas, terapêuticas ou tectônicas (quando as córneas são usadas em transplantes de urgência). Por isso podemos perceber o quanto esta estrutura é importante para manter a visão de uma pessoa e o que o transplante pode significar para alguém que está na fila aguardando (ADÁN et al., 2008; CHALITA et al., 2000).

Os resultados dos transplantes de córnea estão intimamente relacionados à qualidade dos tecidos liberados para transplantes que, por sua vez, está vinculada aos processos nos Bancos de Olhos como captação, preservação, reavaliação e liberação dos tecidos. Isto, por

sua vez, acontece se houver envolvimento da equipe multiprofissional envolvida e bons processos de gestão.

Vale destacar que o enfermeiro pode integrar a equipe multidisciplinar que atua nos Bancos de Olhos, atuando na assistência direta aos doadores de córneas e seus familiares e, também, na gestão do processo de trabalho da equipe de enfermagem, além de atuar em pesquisas e em processos educativos.

É notório que o mundo e as organizações passam por transformações, o que exige das pessoas a aquisição de diferentes conhecimentos e novas posturas. Há de se destacar que os progressos no mundo e nas organizações são consequências de pesquisas e novas tecnologias. Assim como em outras áreas, a prestação de serviços na saúde avançou nos últimos anos e, com isso, as profissões também avançaram em relação aos seus conhecimentos e práticas.

A enfermagem também passou e passa por transformações. Cada vez mais surgem áreas de atuação para os enfermeiros, áreas estas que necessitam ser desbravadas e permeadas pela prática baseada em evidências científicas. A atuação do enfermeiro na área de transplantes é essencial e vem demandando reflexões e assunção de novos papéis.

Neste sentido, um novo papel para o enfermeiro existe na constituição de equipes dos Bancos de Olhos, onde ele contribui para a organização do serviço e melhorias nos processos envolvidos de forma a aprimorar a qualidade deste serviço. Em vista disso, novos conhecimentos são necessários e devem ser buscados e incorporados na prática profissional dos enfermeiros, o que, por sua vez, poderá gerar mudanças na cultura profissional e no desenvolvimento da Enfermagem (DEISVALDI; LUNARDI FILHO; GOMES, 2006).

Dentre os diversos cenários no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, optamos por pesquisar a atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, dado que o transplante de córnea é o que mais ocorre no país, a atuação do enfermeiro nesta área é recente, com forte tendência de ampliação e impacto social expressivo; tem ocorrido um avanço tecnológico grande, com expansão nos Bancos de Tecidos Oculares Humanos, há poucos estudos que abordam a atuação do enfermeiro neste cenário e tratando-se de um campo de trabalho propício para a formação profissional e realização de pesquisas.

As inquietações para a realização deste estudo surgiram a partir de minha prática profissional como enfermeira responsável técnica de enfermagem do Banco de Olhos de Juiz de Fora-MG. A atuação neste cargo estimulou reflexões sobre as práticas profissionais neste campo e possibilidades de contribuição para melhorias no serviço. Parte-se da premissa de que estudos sobre o processo de trabalho de enfermeiro em serviços especializados, como os

Bancos de Tecidos Oculares (BTOC), são essenciais para o avanço do conhecimento; das práticas e da resolubilidade para os usuários destes serviços. Isso posto, esta pesquisa tomou por objeto o processo de trabalho do enfermeiro de BTOC com ênfase para as competências e habilidades requeridas para o exercício da função nesta área de cuidados de enfermagem especializados.

Nesse contexto, surgem as seguintes questões norteadoras: como tem se dado a inserção dos enfermeiros nos Bancos de Olhos? Que competências e habilidades têm sido requeridas?

A relevância do estudo ancorou-se nas premissas de que a atuação do enfermeiro nesta área é recente, com forte tendência de ampliação e impacto social expressivo; que tem ocorrido um avanço tecnológico grande, com expansão dos Bancos de Tecidos Oculares Humanos e por tratar-se de um campo de trabalho propício para a formação de profissionais e de pesquisadores. Nota-se, também, mediante uma revisão preliminar da literatura sobre o tema que o número de discussões e estudos a respeito do papel do enfermeiro na doação de órgãos e tecidos para transplantes é incipiente, sobretudo quanto à atuação em Bancos de Tecidos Oculares Humanos, sendo necessárias pesquisas para que ocorra o aperfeiçoamento das metodologias utilizadas sejam na organização e na prestação dos serviços, sejam nas práticas de enfermagem neste campo.

É necessário captar, analisar e discutir a atuação dos enfermeiros neste cenário de prática e espera-se produzir conhecimentos sistematizados sobre o processo de trabalho do enfermeiro nos Bancos de Olhos que contribuam para o aprimoramento da práxis, assim como divulgar para os profissionais de enfermagem os avanços neste campo de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar as especificidades do trabalho dos enfermeiros em Banco de Tecidos Oculares Humanos tendo por base as etapas do processo de captação de órgãos e tecidos estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar como se dá a inserção do enfermeiro nos Bancos de Olhos;
- Descrever competências e habilidades requeridas à atuação nos Bancos de Olhos sob a óptica dos enfermeiros;
- Discutir a prática profissional do enfermeiro em bancos de olhos.

3 REVISÃO TEMÁTICA

Como nas demais modalidades o processo de doação e captação de tecidos oculares humanos deve ocorrer com transparência e justiça, não havendo algo que aponte para incertezas. Para que isso ocorra é necessário um suporte legal que garanta as práticas e o envolvimento dos profissionais que compõem os Bancos de Olhos. Sabendo-se que a legislação brasileira estabelece as etapas do Processo de Doação, Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos e o modo com que as mesmas devem ser conduzidas.

3.1 HISTÓRIA E LEGISLAÇÃO SOBRE TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS E TECIDOS

A história dos transplantes é, certamente, uma história fascinante de sucesso, pelo seu incontestável avanço e benefícios trazidos aos indivíduos que necessitam desta modalidade terapêutica, apesar dos obstáculos enfrentados. Os progressos que vêm ocorrendo no Brasil e no mundo têm resultado no aumento significativo do número de terapias. Dentre as alternativas terapêuticas destacam-se os transplantes de órgãos e tecidos para substituição dos que estão comprometidos no corpo humano (DELL AGNOLO et al., 2009).

Inúmeros são os relatos que compõem a história dos transplantes. O primeiro deles encontra-se registrado na Bíblia, no livro de Gênesis 2:21-22, onde desperta o homem para a possibilidade de transplantes e Adão aparece como o primeiro doador. Outra menção de transplante foi descrita em *Ilíada*, de Homero, onde uma quimera fora criada pelos deuses. Existe também o relato milenar e até mitológico da história de dois médicos chineses, Itoua To e Pien Tsio, gêmeos, que estudaram medicina na Grécia. Conta-se que esses médicos teriam transplantado a perna de um soldado mouro que acabara de morrer em um ancião branco que havia perdido a perna naquele mesmo dia e que por atender as pessoas sem cobrar foram perseguidos e executados pelo imperador romano Deocleciano. Posteriormente, tornaram-se mártires e santos, sendo, hoje, os padroeiros dos médicos cirurgiões (PEREIRA, 2004; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

Em 1905, ocorreram os primeiros transplantes no mundo nos tempos modernos, sendo um de tecido e outro de órgãos, pelo cirurgião Dr. Aléxis Carreal, na França, na cidade de Lyon. Já o primeiro transplante de córnea é atribuído a Pellier de Quengsy (1789), que

substituiu a córnea por uma prótese de vidro. Experimentos com animais foram realizados ao longo dos cem anos seguintes, e ao longo do tempo os pesquisadores foram percebendo que era necessário o uso de materiais biológicos homólogos para obter um bom enxerto.

Contudo, o primeiro transplante de córnea com sucesso em humano é creditado a Eduard Zirm em 1906. Relata-se que Zirm utilizou córneas doadas para restaurar a visão de um fazendeiro de 43 anos que tinha ficado cego em um incidente envolvendo cal (EHLERS, 2002; FLORES; DIAS; CASTRO, 2007; MCCOLGAN, 2009).

Entretanto, a prática sistemática de transplantes de córnea só foi consolidada em 1944, quando o primeiro Banco de Olhos mundial foi inaugurado nos Estados Unidos da América por Paton, no Hospital Manhattan de Olhos, Ouvidos e Garganta, em Nova York (LAMB, 2000). Naquela época, o globo ocular inteiro era armazenado em um refrigerador dentro de um frasco de vidro contendo gaze umedecida (preservação em câmara úmida). As córneas excisadas eram armazenadas em um refrigerador sob condições de umidade, quase não se utilizavam equipamentos e o tempo de armazenamento era tão curto que um procedimento de enxerto dependia da disponibilidade imediata de uma córnea e requeria que o paciente ficasse no hospital enquanto esperava pela doação (EHLERS, 2002).

No Brasil, os transplantes de órgãos e tecidos iniciaram-se no ano de 1964, na cidade do Rio de Janeiro, e em São Paulo, no ano de 1965, com a realização dos dois primeiros transplantes renais do país (SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009). Desse período inicial até os dias atuais, os transplantes tiveram uma evolução considerável em termos de tecnologias empregadas, resultados obtidos, variedade de órgãos transplantados e índice de procedimentos realizados.

Além disso, há uma legislação rigorosa controlando o transplante de órgãos e tecidos. Daibert (2007) versa que “os principais objetivos dessa legislação visam resguardar os direitos das pessoas envolvidas, principalmente do doador, vivo ou falecido e assegurar a gratuidade da cessão dos órgãos ou tecidos doados para fins de transplante” (DAIBERT, 2007, p. 6).

A primeira legislação brasileira a regulamentar a questão dos transplantes foi a Lei n. 4.280, de 6 de novembro de 1963, que permitia a doação entre vivos e exigia declaração por escrito por parte do doador ou consentimento pelo cônjuge ou por parentes de primeiro e segundo grau, na hipótese de que não houvesse autorização por escrito. A segunda foi a Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968 que normatizou os primeiros transplantes intervivos com fins humanitários e terapêuticos, mas persistiam as diferenças locais quanto à inscrição de receptores, à ordem de transplante, à retirada de órgãos, a critérios de destinação e

distribuição dos órgãos captados. Esta lei foi posteriormente revogada pela Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992 que dispunha sobre a retirada e o transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica (BRASIL, 1963; BRASIL, 1968; BRASIL, 1992; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

O período compreendido entre 1968 a 1997 é chamado “heróico e romântico”, pois apesar das poucas regulamentações no país, não havia ainda, nesse período, uma legislação apropriada que regulamentasse a realização dos transplantes, sendo que existiam apenas regulamentações regionais, desenvolvidas informalmente (BRASIL, 2002).

A Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992 não estabelecia os critérios para diagnóstico de morte encefálica, sendo que no Brasil, foi aceito oficialmente o termo morte encefálica a partir da Resolução n. 1.346, de 08 de agosto de 1991, que foi atualizada por meio da Resolução n. 1.480, de 08 de agosto de 1997, que propôs um protocolo, destacando como critérios clínicos o coma profundo arreativo e aperceptivo, presença de apneia, e de midríase fixa bilateral e ausência do reflexo óculo-motor (BRASIL, 1992; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1991; CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

Garcia (2006) relata que nos anos de 1997 e 1998 ocorreu uma "grande movimentação na área dos transplantes [...] com destaque para a atuação da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos [ABTO] que delineou uma proposta de política de transplante para o país." (GARCIA, 2006, p. 315).

Compreendia-se que os órgãos captados eram bens públicos e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e a própria comunidade transplantadora desejavam a regulamentação da atividade e da criação de uma coordenação nacional. Consequentemente, em 4 de fevereiro de 1997 foi criada a Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997, conhecida como *Lei dos Transplantes*, “cujo objetivo era dispor sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante”. (BRASIL, 1997^a; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009, p. 75).

Esta lei foi regulamentada pelo Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997. A partir deste foi criado, no âmbito do Ministério da Saúde, o Sistema Nacional de Transplantes (SNT), que é o responsável pelo desenvolvimento do processo de captação e distribuição de tecidos, órgãos e partes retiradas do corpo humano para finalidades terapêuticas e transplantes em todo o território nacional, bem como a Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNNCDO; as Centrais de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDOs, conhecidas como Centrais Estaduais de Transplante; e estabeleceu a

forma de distribuição dos órgãos tecidos através das listas de espera regionalizadas, conhecida como *Lista Única* (BRASIL, 1997b; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

Mas a referida Lei também trouxe impactos negativos à doação de órgãos e tecidos, conforme destacado por Garcia (2006):

[...] com a publicação da nova lei dos transplantes (Lei n. 9.434) em fevereiro de 1997, de iniciativa do Legislativo, sem a participação do Ministério da Saúde e das associações médicas, modificando a forma de consentimento para a doação no país, passando para o presumido, houve grande repercussão na mídia. (GARCIA, 2006, p. 315).

Na doação presumida “o cidadão contrário à doação deveria registrar a expressão ‘não doador de órgãos e tecidos’ em algum documento de identidade (Carteira de Identidade ou Carteira Nacional de Habilitação)” e esta forma de doação não encontrou respaldo na sociedade brasileira (DAIBERT, 2007, p. 10). Em vista disso, esta lei teve alguns dispositivos alterados pela Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001, que tornou a doação presumida sem efeitos e passou a adotar a doação consentida, o que implica na obrigatoriedade da autorização familiar (BRASIL, 2001b). Deste modo, diante da possibilidade de doação, a família é quem autoriza o processo, independentemente do desejo em vida do potencial doador.

Outros aspectos importantes foram abordados na Portaria do Ministério da Saúde n. 263, de 31 de março de 1999 a qual define que tecidos, órgãos ou partes do corpo humano só serão utilizados para fins científicos, depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes, também na Portaria n. 905, de 16 de agosto de 2000 que estabeleceu que a obrigatoriedade da existência e efetivo funcionamento da Comissão Intra-Hospitalar de Transplantes (CIHDOTT) passa a integrar o rol das exigências para cadastramento de Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs) do tipo II e III, sendo revogado o artigo 1, pela Portaria n. 1.752, de 23 de setembro de 2005. A saber, UTIs tipo II são as Unidades de Tratamento Intensivo, credenciadas em conformidade com a Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998 na qual constam os critérios minimamente aceitáveis para atendimento a pacientes graves e as UTIs TIPO III devem atender aos mesmos critérios das UTIs tipo II, e são mais qualificadas com recursos tecnológicos e humanos (BRASIL, 1999; BRASIL, 2000; BRASIL, 2005; BRASIL, 1998b- tirar repetição de Brasil?).

A CIHDOTT deve existir e ser atuante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, sendo que o MS através das portarias ministeriais n. 1.752, de 23 de dezembro de 2005 e n. 1.262, de 16 de junho de 2006 definiu sua constituição e a regulamentou (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006 tirar repetição de Brasil?).

Essas Comissões devem ser compostas por no mínimo três profissionais de nível superior, integrantes do corpo funcional de cada estabelecimento de saúde, dentre os quais um médico ou enfermeiro é designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. O coordenador deverá participar de um Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares ministrado pelo SNT ou pela CNCDO de cada Estado. A atuação efetiva das CIHDOTTs contribui fortemente para os resultados alcançados dentro das instituições (DAIBERT, 2007).

Antes de passar à análise da legislação infraconstitucional (portarias etc) fazer um parágrafo introdutório.

Quanto às normas de funcionamento e critérios técnicos a serem utilizados pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos e mecanismos de relacionamento e obrigações das Centrais Estaduais, estas foram estabelecidas na Portaria n. 91, de 23 de janeiro de 2001 (BRASIL, 2001a).

Ainda no campo da Política dos Transplantes no Brasil identifica-se outro avanço importante - a criação do Programa Nacional de Implantação/Implementação de Bancos de Olhos- com a Portaria n. 1.559, de 06 de setembro de 2001. Em 29 de junho de 2003, a Portaria n. 828 definiu os Banco de Tecidos Oculares Humanos, aprovou as Normas Gerais para Instalação e Cadastramento, e deu outras providências, sendo que foi revogada pela Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004 (BRASIL, 2001c; BRASIL, 2003a; BRASIL, 2004a tirar repetição de Brasil?).

A Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004 definiu como Banco de Tecidos Oculares Humanos, o serviço que, possuindo instalações físicas, equipamentos e profissionais que possibilitem o cumprimento das normas técnicas, seja destinado a captar, transportar, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa (laboratorial ou ensaio clínico, aprovados por comissão de ética) ou de ensino. Esta Portaria foi revogada pela Portaria n. 2.692, de 23 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004c tirar repetição de Brasil?).

A Portaria n. 715, de 1º de dezembro de 2004, cria a Câmara Técnica Nacional de Transplante de Córnea e a Portaria n. 2.692, de 23 de dezembro de 2004, estabelece as normas de funcionamento e cadastramento junto ao SUS dos Bancos de Tecidos Oculares Humanos (revogou a Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2004c tirar repetição de Brasil?).

O tema doação de órgãos e tecidos também foi abordado na Constituição Brasileira de 1988 com destaque para o art. 199, § 4º, que dispõe:

[...] sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização. (BRASIL, 2012, p. 139).

Percebe-se que a legislação brasileira a respeito de transplantes de órgãos e tecidos passou por diversos estágios até consolidar-se como uma das políticas públicas de maior sucesso no país e exemplo no cenário mundial.

3.2 O PROCESSO DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS PARA TRANSPLANTES PROVENIENTES DE DOADORES CADÁVERES.

Considerando-se que o MS delinea as etapas do processo de doação e sendo a atuação do enfermeiro no Banco de Tecidos Oculares Humanos dentro destas etapas o objetivo deste item será o de descrever o processo em referência para clarificar o entendimento do sistema proposto.

Cabe esclarecer que o MS define em sua política etapas do processo de doação de órgãos e/ou tecidos para transplantes, cada etapa envolve particularidades próprias. São as etapas do processo de doação: 1ª etapa – identificação do potencial doador e notificação à CIHDOTT ou ao Banco de Olhos ou à CNCDO, 2ª etapa – Avaliação do potencial doador e confirmação e Informação da viabilidade da doação, 3ª etapa – Entrevista familiar, 4ª etapa – Captação, 5ª etapa – Preservação do órgão/tecido doado, 6ª etapa – Resposta do laboratório sobre as sorologias do doador [em casos de óbito por parada cardiorrespiratória (PCR) e doação de córnea]. No caso de doador de múltiplos órgãos e tecidos, averiguam-se os resultados do laboratório de imunogenética (do teste de compatibilidade imunológica), 7ª etapa - distribuição do órgão/tecido doado (Seleção dos receptores), 8ª etapa – Transplante (BRASIL, 1997a).

Nas duas últimas décadas, o aumento das cirurgias de transplantes de órgãos e tecidos e o aperfeiçoamento de drogas contra a rejeição fez com que a procura desta terapia se reafirmasse como sucesso, promovendo a qualidade de vida dos pacientes beneficiados, bem como sua reintegração sócio-profissional. Porém persiste a diferença entre a oferta e a demanda de órgãos e tecidos, visto que o número de doadores disponíveis é muito inferior ao

número de indivíduos à espera de um transplante (DELL AGNOLO et al., 2009; MANUEL; SOLBERG; MACDONALD, 2010).

Esta necessidade alarmante de órgãos e tecidos envolve aspectos que vão muito além do biológico, uma vez que carrega questões de regulamentação, qualidade, eficiência, desafios éticos e financeiros para o setor de saúde. Isto, por sua vez, deve levar-nos a uma reflexão sobre as responsabilidades inerentes à nossa prática profissional (HADER, 2006). Sendo assim, percebe-se que há grandes responsabilidades envolvidas no processo de doação de órgãos e tecidos e que os profissionais precisam ter habilidades técnicas e humanas para lidar com as questões envolvidas.

A doação de órgãos e tecidos pode ser feita a partir de doador vivo ou falecido. Em vida pode-se doar um dos rins, parte do fígado, parte do pulmão e a medula óssea. A doação em vida pode ocorrer entre familiares e só pode haver doação para não familiar se tiver autorização judicial, exceto no caso de doação de medula, em que não precisa desta autorização para doar para não parente. Por sua vez, o doador cadáver pode ter falecido por PCR ou por ter evoluído para morte encefálica (ME), sendo que a maioria expressiva dos transplantes ocorre a partir de doação de órgãos e tecidos de doadores falecidos (BRASIL, 1992).

Pensa-se, portanto, que os maiores desafios na realização de transplantes são as questões éticas envolvidas, a começar pelo contexto visto que a doação envolve o fim da vida de um paciente e a obtenção de permissão para a doação de órgãos e/ou tecidos para benefício de outra pessoa. Além disso, este processo é repleto de significados para os profissionais de saúde, não apenas para os familiares envolvidos (DALY, 2006; ROZA et al., 2010).

Em caso de óbito por PCR, nossa legislação permite a captação das córneas para transplantes até seis horas após o óbito (ou 24 horas, se o corpo estiver refrigerado adequadamente) e no caso de doadores em ME podem ser captados diversos órgãos e tecidos antes que o paciente evolua para PCR (córneas, fígado, rins, dentre outros).

Os limites mínimo e máximo de idade do doador de córnea ficam a critério do responsável técnico do Banco de Olhos. Porém, geralmente não são captadas córneas de doadores falecidos com menos de 2 anos de idade visto que a córnea está em formação até esta idade. Também, a idade máxima do doador de córnea não é consenso, mas a faixa etária de 75 a 80 anos tem sido adotada em alguns Bancos de Olhos brasileiros como sendo máxima devido às alterações das córneas decorrentes do envelhecimento (ÁDAN et al., 2008; BRASIL, 2008).

A captação de córneas pode ocorrer também nos pacientes que serão encaminhados ao Instituto Médico Legal (IML) desde que não haja contraindicação clínica à doação e que o médico plantonista do IML autorize a captação antes da necropsia. Quando isto se dá, o profissional que realiza a captação fará uma declaração constando que retirou o(s) globo(s) ocular (es), cor dos olhos do doador e outros dados relacionados à captação. Este documento será entregue no IML e outra cópia ficará arquivada no Banco de Olhos.

Quanto à doação de órgãos proveniente de doadores em morte encefálica, sabe-se que é mais complexa e demorada, porém consensual como prática recomendada pelas políticas de saúde pública e aceita em praticamente todo o mundo.

Os critérios para o diagnóstico de morte encefálica são descritos na Resolução n. 1.480, de 08 de agosto de 1997 do Conselho Federal de Medicina (CFM), quando a conceitua como “parada total e irreversível das funções cerebrais”, estabelecendo também critérios clínicos e a necessidade de exame complementar para a sua confirmação. Diante deste diagnóstico, considera-se potencial doador o indivíduo com diagnóstico confirmado no qual tenham sido descartadas contraindicações clínicas, que representem riscos aos receptores dos órgãos e tecidos (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1997; GARCIA et al., 2000).

A Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 art. 13 pontua que: "É obrigatório, para todos os estabelecimentos de saúde, notificar, às centrais de notificação, captação e distribuição de órgãos da unidade federada onde ocorrer, o diagnóstico de morte encefálica feito em pacientes por eles atendidos." Sendo assim, a notificação de paciente em morte encefálica é compulsória (BRASIL, 1997a, p. 2192).

Além de notificar a CNCDO, a equipe de saúde responsável pelo paciente na unidade de saúde notificante deve manter a família ciente e bem esclarecida sobre a evolução do quadro clínico, sobre o processo de investigação de morte encefálica, inclusive da obrigatoriedade da abertura do protocolo de morte encefálica. Isto inclui orientá-la sobre os exames clínicos feitos no primeiro e no segundo laudos de morte encefálica e o exame diagnóstico complementar necessários para sua comprovação (DAIBERT, 2007).

A Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 (BRASIL, 1997a), em seu art. 3º determina que:

A retirada post mortem de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano destinados a transplante ou tratamento deverá ser precedida de diagnóstico de morte encefálica, constatada e registrada por dois médicos não participantes das equipes de remoção e transplante, mediante a utilização de critérios clínicos e tecnológicos definidos por resolução do Conselho Federal de Medicina. (BRASIL, 1997a, p. 2191).

Além disto, "um destes médicos deverá ter título de especialista em neurologia", como dispõe o Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997 art. 16, § 1º. Já no § 3º, estabelece que "não podem participar do processo de verificação de morte encefálica, médicos integrantes das equipes especializadas autorizadas à retirada, transplantes ou enxerto de tecidos, órgãos e partes" (BRASIL, 1997b, p. 13741).

Para proporcionar conforto e segurança à família, a Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997 art. 3º, § 3º permite- lhe que algum médico de sua confiança participe do processo de constatação da ME (BRASIL, 1997a). Estas medidas visam tornar o processo de diagnóstico de ME mais confiável e ético.

Apesar destes dispositivos legais, a efetivação de doação em paciente com ME é perpassada por diversas dificuldades, desde sua notificação até a entrega do corpo condigno à família. Uma grande limitação refere-se às patologias que com maior frequência conduzem para a morte encefálica: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), Acidente Vascular Encefálico (AVE), Encefalopatia Anóxico Isquêmica e Tumor Cerebral Primário. Sendo assim, são poucos os casos que evoluem para ME e a notificação rápida da suspeita destes pacientes é essencial para acompanhar sua evolução e agilizar a abertura do Protocolo de Morte Encefálica. Daí a necessidade dos profissionais de saúde atentar para os pacientes que apresentam graves lesões neurológicas com chance de evoluir para ME e notificar a suspeita e/ou confirmação destes casos (GARCIA, 2006).

Cabe ressaltar que a grande maioria dos pacientes falecidos teve o óbito por Parada cardiorrespiratória (PCR) e uma minoria por Morte Encefálica, o que indica que a maioria é potencial doador apenas de córnea. Por isso o processo de doação e captação deve ser agilizado pois as córneas só podem ser captadas até 6 horas após o óbito, salvo no caso do corpo estar sob refrigeração entre 2 e 8 ° Celsius. Neste caso a captação poderá ocorrer até 24 horas do óbito (BRASIL, 2008)

A notificação de todos os óbitos, independente da causa, à CNCDO é essencial e deve ser realizada o mais próximo possível do horário do óbito com vistas a aumentar a chance de doação de órgãos e tecidos.

Um obstáculo à realização dos transplantes é a recusa familiar, outros, são a falha na identificação e na notificação dos potenciais doadores, elevado índice de contra-indicação clínica à doação, desconhecimento das famílias sobre o conceito de ME, o não entendimento das informações fornecidas pelos profissionais de saúde. "Soma-se a isso a frequente não percepção do paciente como morto, o que gera esperança na reversibilidade do quadro e na desconfiança do diagnóstico de ME" (MORAES; MASSAROLLO, 2009; REIS et al., 2010).

Apesar da obrigatoriedade prevista em lei da notificação dos casos de morte encefálica há grande número de casos não notificados (BRASIL, 2005, 2006). A falta de capacitação dos profissionais de saúde envolvidos no processo de doação está intimamente relacionada ao baixo número de transplantes realizados no Brasil. Portanto, é preciso que a morte encefálica seja diagnosticada e notificada. Para isso, dentre outras coisas, se faz necessária uma equipe de saúde capacitada e comprometida com a questão da doação de órgãos e tecidos.

Além destes aspectos, há de se considerar que a percepção da morte varia entre indivíduos e dentro do contexto de crenças culturais e religiosas, sendo que o conceito de morte encefálica é muito difícil até mesmo para profissionais. Isto pode gerar conflitos morais e emocionais no cuidado com o paciente e seus familiares e possivelmente dificultar o processo de doação de órgãos e tecidos (KIM; FISHER; ELLIOTT, 2006). Em vista disso, são necessários treinamentos e reuniões com estes profissionais de modo a oferecer-lhes o suporte necessário diante das dúvidas e possíveis dificuldades encontradas.

Nas últimas décadas, o aumento do sucesso das cirurgias de transplantes de órgãos e tecidos, fez com que a procura desta terapia se reafirmasse como um grande avanço na medicina e com repercussões biológicas positivas, além da grande relevância social envolvida. Dentre os transplantes realizados, o de córnea é o mais frequente “devido às facilidades técnicas e ao número de órgãos doados”, sendo que a córnea tem um privilégio imunológico devido à sua nutrição, que se dá não por sangue, mas pelas lágrimas, reduzindo assim o risco de rejeição do enxerto (FLORES; DIAS; CASTRO, 2007; MCCOLGAN, 2009; STIEL; HERMEL; RADBRUCH, 2011).

A córnea é uma membrana convexa transparente, que juntamente com o cristalino realiza a focalização dos objetos e o transplante de córnea, ou ceratoplastia, consiste na substituição de uma córnea opaca ou doente por outra sadia (de um doador). Os tipos de transplantes de córnea descritos por Sano F. T. et al. (2008) são:

[...] substituição de tecido pode ser de espessura total (penetrante) ou parcial (lamelar ou lamelar profunda)⁽¹⁾. Dependendo de sua finalidade, o transplante penetrante de córnea pode ser classificado em óptico, tectônico, terapêutico e cosmético. O transplante óptico é usado com o objetivo de melhorar a acuidade visual pela substituição do tecido corneano opaco por tecido doador transparente; o tectônico, de restaurar ou preservar a anatomia corneana em olhos com graves alterações estruturais; o terapêutico, de remover o tecido corneano inflamado ou infectado, que não responda à terapia clínica convencional, e o cosmético, a fins de melhorar a aparência do olho⁽²⁾. (SANO F. T. et al., 2008, p. 400).

A doação de órgãos e tecidos de doador falecido se processa em diferentes etapas tendo seu início na identificação do indivíduo falecido por PCR ou ME e a notificação deste fato, em caráter de urgência a uma CNCDO (Central de Notificação, Captação e Distribuição de órgãos), por um profissional de saúde de um hospital situado na área de referência de uma determinada Central. A segunda etapa refere-se à CNCDO reunir as informações pertinentes sobre o potencial doador de órgãos e tecidos como idade, sexo, estado neurológico (quando tratar-se de paciente com suspeita de ME), existência de parentes próximos, histórico médico-social, dentre outras informações (DURIE, 2006).

A princípio todo paciente falecido deve ser considerado como possível doador (se morte por PCR, potencial doador de córneas e se paciente em morte encefálica, de órgãos e tecidos). Somente após as avaliações das condições clínicas será feita a abordagem à família para solicitar a doação de órgãos/tecidos, caracterizando a terceira etapa do processo. Caberá à família decidir sobre a doação, de acordo com a Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001 (BRASIL, 2001b).

Para melhor entendimento desta terceira etapa cabe esclarecer que imediatamente após a informação da morte do paciente à CNCDO ou Banco de Olhos, um profissional capacitado averiguará o conhecimento e o preparo da família sobre a possibilidade da doação. Para tanto abordará a possibilidade da doação de órgãos e/ou tecidos, explicando todo o processo de doação à família e também aconselhará a família a consultar outros familiares próximos para a tomada de decisão. Esta postura do profissional busca dar liberdade de decisão à família, não havendo coação para o consentimento familiar. Sendo assim, a família será esclarecida da possibilidade da doação e receberá as informações necessárias sobre o processo, além do apoio emocional diante da perda.

A família só será abordada sobre a possibilidade de doação quando começar a dar algumas indicações de que está pronta para conversar sobre o tema. Há de se lembrar de que qualquer decisão neste momento está entrelaçada a diversas emoções (DURIE, 2006; SANTOS; MASSAROLLO, 2005). Deste modo, os profissionais devem atentar-se para a utilização de estratégias de comunicação verbal e não verbal ao abordar o assunto com a família, pois diversos sentimentos estão envolvidos na perda e na tomada de decisão e temos de respeitar a dor das pessoas envolvidas.

O luto deve ser considerado após a notícia do óbito e valorizado durante o processo de doação, “cabendo ao profissional a percepção sobre o estado emocional do familiar e a identificação da interferência que esse estado pode acarretar”. Deste modo, os profissionais envolvidos, dentre eles, a equipe de enfermagem, devem ser compreensivos e amorosos, além

de dar suporte emocional e espiritual aos familiares enlutados (HADER, 2006; SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

Este é o considerado um momento importante e, também, difícil da captação de órgãos e tecidos. Por essa razão, para notificar a família sobre a morte por PCR ou ME e, posteriormente, abordá-la para doação, os profissionais devem escolher um ambiente privativo, tranquilo e calmo, onde possam ouvir a família e passar informações necessárias de maneira clara, objetiva e esclarecedora (SANTOS; MASSAROLLO, 2005).

O ambiente escolhido para a abordagem pode demonstrar (des)cuidado com a família e com o momento vivido. Além disso, a liberdade de escolha sempre deve ser dada à família e respeitada quanto ao resultado, sendo que o profissional dará o apoio necessário, independente do consentimento ou não à doação.

Ainda na terceira etapa do processo de doação, Dell Agnolo e outros (2009) destacam que:

A abordagem familiar deve ser feita de forma ética, respeitando o momento de perda, de maneira sensível, esclarecedora, respeitosa, utilizando linguagem de fácil compreensão, sem pressa e de modo a oferecer conforto diante da perda e, ao mesmo tempo, a possibilidade de transformar este sofrimento num momento de esperança e expectativa de vida para outras pessoas. (DELL AGNOLO et al., 2009, p. 378).

Fica salientado, portanto, que a abordagem familiar deve basear-se nos princípios da ética, da legalidade e da humanização. Esta postura diante do sofrimento da família é um dever do profissional de saúde e deve prevalecer independente do seu estado clínico ou de quaisquer outros fatores. De modo que o acolhimento oferecido aos familiares desde o início da necessidade do serviço de saúde bem como a assistência adequada ao potencial doador facilitam a realização da entrevista para solicitação de consentimento à doação de órgãos e/ou tecidos (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Além disso, sabe-se que a sensibilização para a doação não é algo simples, pois envolve questões objetivas como a necessidade dos órgãos e tecidos e aspectos subjetivos como sentimentos, emoções, religiosidade/crenças, preconceitos, a percepção do corpo, que necessitam ser trabalhados no decorrer de todo o processo para a doação e captação. Este processo “faz com que os indivíduos pensem na noção de finitude e na relação com o corpo, após a morte” e acarreta desafios complexos para os pacientes, seus familiares e para os profissionais que prestam cuidados (ROZA et al., 2010).

O sofrimento diante da perda de um ente querido e o receio da existência de “comércio de órgãos”. Muitas vezes a doação de órgãos é um tema que não fez parte das discussões da família, além do fato de que não é raro haver divergências de crenças e opiniões sobre o processo de doação. Em vista disso, é imprescindível haver integração entre os profissionais envolvidos a fim de melhorar a qualidade da assistência ao potencial doador e à sua família e melhorar a comunicação entre todos neste tão doloroso processo, de modo a buscar alternativas que minimizem as cargas psíquicas que recaem sobre os profissionais envolvidos nessa assistência e contribuir para incrementar a obtenção de órgãos e tecidos para transplantes.

Outra informação importante a ser dada pelo profissional responsável pela abordagem à família é sobre a necessidade de encaminhar o corpo para o IML em caso de morte violenta. Caso não seja indicado este encaminhamento, a família deve ser comunicada da disponibilidade do corpo de seu parente falecido, tão logo após a retirada dos órgãos e ou tecidos, de modo a providenciar os preparativos do funeral e sepultamento. Muitas vezes os familiares ficam ansiosos com a possibilidade de atraso na entrega do corpo para que seja realizado o velório e a falta deste tipo de informação pode aumentar a ansiedade dos mesmos e culminar com a recusa à doação. Para evitar maior angústia à família, deve-se fornecer todas as informações necessárias e o apoio emocional diante deste momento único.

O conhecimento da população sobre doação de órgãos e tecidos para transplante ainda é limitado e isto também está presente, muitas vezes, entre os profissionais da área da saúde. Não raro estes não têm conhecimento adequado sobre a morte encefálica e o processo de doação de órgãos e tecidos o que pode contribuir significativamente para o insucesso da doação. Falta uma política de educação permanente aos profissionais de saúde quanto ao processo de doação-transplante tanto quanto maior investimento público em medidas educacionais, visto que o conhecimento da população sobre doação de órgãos e tecidos para transplante é incipiente e os profissionais devem permitir escolhas informadas (DELL AGNOLO et al., 2009; MANUEL; SOLBERG; MACDONALD, 2010; ROZA, 2005; ROZA et al., 2010).

No que diz respeito aos profissionais no tocante à formação específica para atuar no processo de doação, considera-se que a educação permanente é o caminho mais simples e óbvio de melhorar a capacidade dos enfermeiros em identificar potenciais doadores, cuidar dos mesmos e, além disso, oferecer o apoio necessário aos familiares para a tomada de decisão.

Os temas doação de órgãos e tecidos e transplante não são abordados na maioria dos cursos universitários, podendo este despreparo dos profissionais gerar ainda mais dificuldades às famílias e contribuir para recusas. Estes temas deveriam fazer parte do currículo obrigatório em ciências da saúde, de modo que os profissionais adquiram habilidades necessárias para cuidar dos potenciais doadores, sustentar a família, garantir uma compreensão mais ampla do processo de doação de órgãos e tecidos, com consequente aumento das taxas de doação (DALY, 2006; LÓPEZ-MONTESINOS et al., 2010; MANUEL; SOLBERG; MACDONALD, 2010).

Outro fator a ser considerado referente à entrevista familiar para o pedido de doação dos órgãos é que ela não deve em princípio ser realizada pela equipe que prestou assistência direta ao paciente falecido e jamais pode ser realizada por profissionais pertencentes às equipes transplantadoras. Para manter a transparência do processo é recomendado pela legislação vigente que outro profissional, de preferência membro da Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT), seja o responsável por esta etapa (DELL AGNOLO et al., 2009).

Deste modo, a participação da CIHDOTT é de suma importância para apoio às famílias, à CNCDO e aos profissionais que lidam diretamente com os pacientes, bem como para esclarecimento à população. Esta comissão deve existir e ser atuante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos, sendo que o Ministério da Saúde (MS), através das Portarias n. 1.752, de 23 de dezembro de 2005 e n. 1.262, de 16 de junho de 2006, define sua constituição e a regulamenta (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006).

A CIHDOTT deve ser composta por no mínimo três profissionais de nível superior, integrantes do corpo funcional de cada estabelecimento de saúde, dentre os quais um médico ou enfermeiro é designado como Coordenador Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes. O coordenador deverá participar de um Curso de Formação de Coordenadores Intra-Hospitalares ministrado pelo Sistema Nacional de Transplantes (SNT) ou pela CNCDO de cada Estado. A atuação efetiva da CIHDOTT contribui fortemente para os resultados alcançados dentro das instituições (DAIBERT, 2007).

As atribuições da CIHDOTT estão descritas na Seção II, art. 2º da Portaria n. 1.262, de 16 de junho de 2006 (BRASIL, 2006):

Seção II

Das Atribuições

Art. 2º Cabe à Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante:

- I - articular-se com a Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos do Estado ou Distrito Federal (CNCDO), notificando as situações de possíveis doações de órgãos e tecidos;
- II - identificar os recursos diagnósticos disponíveis na instituição, necessários para a avaliação do possível doador de órgãos e/ou tecidos;
- III - articular-se com os profissionais de saúde encarregados do diagnóstico de morte encefálica e manutenção de potenciais doadores, objetivando a otimização do processo de doação e captação de órgãos e tecidos;
- IV - organizar, no âmbito da instituição, rotinas e protocolos que possibilitem o processo de doação de órgãos e tecidos;
- V - garantir uma adequada entrevista familiar para solicitação da doação;
- VI - promover programa de educação continuada de todos os profissionais do estabelecimento para compreensão do processo de doação de órgãos e tecidos;
- VII - disponibilizar os insumos necessários para a captação efetiva de órgãos e tecidos no hospital. (BRASIL, 2006, p. 41).

A legislação acerca da doação de órgãos e tecidos é muito ampla e deve ser sempre respeitada. Um dos aspectos de grande relevância é o consentimento familiar, que deve ser obtido antes da captação e deve ser devidamente assinado pelo familiar que autoriza a doação e por mais duas testemunhas. Destaca-se que o Termo de Autorização para a doação só poderá ser assinado por um dos familiares relacionados a seguir e obedecendo a ordem pré-estabelecida. 1º- cônjuge (com registro em cartório civil); 2º- pais ou filhos maiores de 18 anos (registrados em cartório civil); 3º- irmãos maiores de 18 anos; 4º - avós.

Esta ordem tem que ser rigidamente seguida e caso o potencial doador não tenha nenhum dos familiares acima, a doação de órgãos e tecidos é legalmente proibida. Outro impedimento à doação é a falta de algum documento de identidade com foto do potencial doador.

Em caso de doação de órgãos e tecidos de pessoas consideradas "incapazes" perante as determinações legais, cabe o disposto no Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, art. 19, § 4º, "dependerá de autorização expressa de ambos os pais, se vivos, ou de quem lhes detinha, ao tempo da morte, o pátrio poder, a guarda judicial, a tutela ou curatela" (BRASIL, 1997b, p. 13741).

Havendo consentimento para a doação, o familiar responsável e duas testemunhas assinam o Termo de Autorização de Doação de órgãos e Tecidos, conforme a exigência da Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001 art.4º. Uma cópia deste termo é fornecida à família para

que esta tenha comprovação da doação de órgãos e tecidos de seu parente falecido e para terem o endereço e telefone de contato com a CNCDO (BRASIL, 2001b; NOTHEN, 2004).

Após a captação pelas equipes credenciadas do(s) órgão(ões) e/ou tecido(s) doados, os mesmos serão distribuídos pela CNCDO obedecendo ao Cadastro Técnico de Receptores (Lista Única), organizado previamente por meio da classificação dos receptores em função da ordem estabelecida pela data de inscrição e da compatibilidade do respectivo organismo para o transplante ou enxerto que necessita, como determina o Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, art. 7º (BRASIL, 1997b).

Para um receptor cadastrado na lista de espera receber a doação de um órgão depende não somente da data de inscrição, mas também da compatibilidade sanguínea ABO, do Complexo Principal de Histocompatibilidade (compatibilidade de Antígenos Leucocitários Humanos, também conhecida pela sigla HLA derivada do inglês *Human Leukocyte Antigen*), da prova cruzada (exame imunológico), realizados imediatamente antes da cirurgia do transplante. A partir destes resultados é que será definido o receptor. Por isso, nem sempre, o tempo de espera na lista é o fator determinante mais importante, no momento de ser contemplado com a doação.

No entanto, para receber a doação de córnea através do transplante os critérios de classificação considerados são o tempo decorrido da inscrição na lista única e a compatibilidade de idade entre o doador e receptor. Cabe ressaltar que estes critérios de compatibilidade imunológica não são necessários nos transplantes de córnea (BRASIL, 1998).

Além destes critérios, serão considerados os de urgência estabelecidos pelo SNT para cada órgão e tecido, visando o atendimento prioritário daqueles indivíduos que estão na lista de espera e apresentam maior risco de morte ou agravo. Este processo de definição dos receptores é monitorado pelo Ministério Público a fim de assegurar transparência, confiabilidade e ética (DAIBERT, 2007). Portanto, os familiares não podem escolher o receptor.

Os tecidos, órgãos e partes não aproveitáveis entre os receptores inscritos nos registros de uma determinada CNCDO, devem ser notificados pela mesma ao órgão central do SNT para utilização dentre os relacionados na lista nacional, conforme Decreto n. 2.268, de 30 de junho de 1997, art. 7º, inciso VII (BRASIL, 1997b).

Percebe-se, portanto, que há no Brasil uma legislação rigorosa controlando o transplante de órgãos e tecidos e esta determina um sistema de distribuição de órgãos baseada na doação e na universalização do direito à atenção à saúde, mas a falta de doadores persiste nas diversas regiões do país e no mundo.

Em contrapartida, a carência de conhecimento por parte dos profissionais e do público geral a respeito de questões sobre o fim da vida e sobre o processo de doação de órgãos e tecidos contribui enormemente para o número insuficiente de doações e transplantes. Em vista disso, enfermeiros e outros profissionais precisam ter habilidades para lidar com estas questões e estimular o processo de doação (DALY, 2006).

3.2.1 Atuação da enfermagem no Banco de Olhos

Os profissionais envolvidos devem ter habilidades técnico científicas e humanas como empatia e sensibilidade para lidar com as situações previstas e imprevistas. Dentre a equipe multidisciplinar, destaca-se aqui o papel do enfermeiro, que está fortemente inserido no processo de doação de órgãos e tecidos para transplantes, sendo preparado desde sua formação acadêmica para ter uma visão holística sobre os fenômenos (ROZA et al., 2010; SILVA; GUIMARÃES; NOGUEIRA, 2009).

Com a regulamentação do transplante de órgãos no País, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), na Resolução n. 292, de 07 de junho de 2004, resolveu que ao Enfermeiro incumbe planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de Enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004a). Esta Resolução normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos e aborda diversos papéis como realizar a enucleação do globo ocular, desde que tecnicamente habilitado pela Associação Pan-americana de Banco de Olhos (APABO); planejar e implementar ações que visem a otimização de doação e captação de órgãos/tecidos, como o desenvolvimento e participação em pesquisas relacionadas com o processo de doação e transplante; promoção de medidas educativas quanto ao processo de doação e transplante de órgãos/tecidos, junto à comunidade e profissionais da área da saúde; entrevistar o responsável legal do doador, solicitando o consentimento livre e esclarecido por meio da assinatura do Termo de Autorização da Doação de Órgãos e Tecidos, além de outros papéis.

Percebe-se assim, que são exigidas do enfermeiro competências de caráter educativo, assistencial, administrativo, de pesquisas e político e por atender estas exigências, o enfermeiro adquire cada dia maior relevância na atuação dos Sistemas de Saúde, sendo

valorizado pelo seu desempenho profissional e contribuição para transformações nos processos.

A Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004 define como Banco de Tecidos Oculares Humanos, o serviço que, possuindo instalações físicas, equipamentos e profissionais que possibilitem o cumprimento das Normas Técnicas, seja destinado a captar, transportar, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa (laboratorial ou ensaio clínico, aprovados por comissão de ética) ou de ensino. Esta Portaria foi revogada pela Portaria n. 2.692, de 23 de dezembro de 2004 (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004c).

Deste modo, o Banco de Olhos possui as atribuições de realizar a triagem clínica dos possíveis doadores, entrevistar o familiar do possível doador, obter o consentimento familiar através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), captar as córneas e coletar amostras de sangue para triagem laboratorial de doadores, transportar e processar os tecidos doados de forma a selecionar tecidos com boa transparência e vitalidade e armazená-los até que se tenha condições de distribuir o tecido para transplante ou para fins de ensino e pesquisa (SANTOS et al., 2010; SOUZA; CERQUEIRA; NOGUEIRA, 2011).

No Banco de Olhos ocorrem avaliações criteriosas do doador e dos tecidos doados a fim de garantir a boa qualidade dos tecidos que serão liberados para transplantes, sendo que ocorre uma avaliação clínica rigorosa do potencial doador e triagem sorológica de modo a verificar a contaminação pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH), também conhecido por HIV (sigla em inglês para *human immunodeficiency virus*), HBV (vírus causador da hepatite B) e HCV (vírus causador da hepatite C). Além disso, as córneas doadas serão avaliadas para verificar a possibilidade de preservação das mesmas e, se sim, serão reavaliadas entre 24 e 48 horas após a preservação para, então, serem liberadas para transplantes (EHLERS, 2002).

O transplante de córnea se destaca pelo que representa desde a recuperação da visão no aspecto biológico, emocional até aspectos econômicos e sociais de forma que resulta em inúmeros benefícios aos pacientes contemplados com uma doação.

Vale ressaltar que a finalidade deste procedimento é: diagnóstica, terapêutica ou tectônica (quando as córneas são usadas em transplantes de urgência). Sendo o transplante tectônico “um método efetivo para restaurar a integridade do olho em casos associados à infecção ou iminência de perfuração” e muitas vezes esses pacientes chegam a precisar de um transplante de urgência por falta de informação ou acesso a tratamento adequado (FLORES;

DIAS; CASTRO, 2007). Esta situação é lamentável, demonstrando a necessidade de educação em saúde e de permanentes esforços para aumentar o número de doação de córneas.

Por conseguinte todos os enfermeiros, independentemente da área de atuação, em especial os enfermeiros que trabalham em Banco de Olhos, têm numerosas oportunidades de contribuir para melhorias no cenário de doação de córneas no país.

Sabe-se, portanto, que o enfermeiro no Banco de Olhos tem um trabalho de suma importância, pois é um elo entre equipe família/ doador/receptor, atuando em todo o processo de captação, desde investigação da existência de um potencial doador até a divulgação do trabalho social, com destaque para a abordagem familiar e para a gestão do serviço de Enfermagem. Sendo que seu trabalho inclui realizar a enucleação dos globos oculares, desde que esteja tecnicamente habilitado para tal (SILVA, GUIMARÃES, NOGUEIRA, 2009).

Acredita-se que as perspectivas de tratamento por meio de transplantes de órgãos e tecidos dependerão, cada vez mais, da regulamentação estabelecida pelos governos, da vontade política dos sujeitos envolvidos e da apropriação de habilidades e conhecimentos necessários à implementação de políticas e ações na área de doação de órgãos e tecidos, assim como transplantes.

Em virtude disso, faz-se necessária uma prática comunicativa para estimular o reconhecimento do enfermeiro nos diversos cenários de atuação, dentre eles a atuação no Banco de Tecidos Oculares Humanos.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO

Após o esclarecimento e a delimitação da situação a ser investigada, constatou-se a necessidade de utilizar a linha de pesquisa e instrumentos que possibilitem a apreensão de informações pertinentes, através de uma abordagem coerente às características do enfoque escolhido. Por isso optou-se por realizar um trabalho de pesquisa de abordagem qualitativa, pois acreditamos que seja a trajetória de pesquisa que tem maior sintonia com o objetivo do estudo e possibilita entender melhor o significado individual ou coletivo do fenômeno estudado, uma vez que a mesma trabalha com significados, atitudes, crenças e valores, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações e apreende a realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2008).

Na tentativa de responder a um método de investigação, análise e interpretação sistemática comparativa dos dados para a construção de significados no contexto do processo de atuação do enfermeiro nos Bancos de Olhos a opção pela perspectiva dialética se constitui importante estratégia teórico-metodológica.

A opção pelo materialismo histórico e dialético se deve ao interesse pelo estudo das relações sociais e busca de explicações para fenômenos da natureza, da sociedade. Minayo (2008) destaca que, pela perspectiva dialética são percebidos a relação entre a ação do homem como sujeito histórico e os seus condicionamentos e que esta abordagem é mais fecunda para analisar fenômenos históricos, visto que atenta-se para a contradição, o conflito, o fenômeno de transformação/mudança e o movimento histórico (MINAYO, 2008).

A análise da atuação dos enfermeiros neste cenário de prática possibilita a visualização de saltos dentro da história da enfermagem, demonstrando o enfrentamento que a mesma tem feito diante das mudanças ocorridas nos serviços de saúde e a perspectiva do materialismo histórico dialético permite analisar melhor as transformações e as contradições e dissensos presentes na atuação e discurso dos enfermeiros.

O hermenêutico-dialético é um método de análise oriundo das ciências humanas e sociais que considera o indivíduo como ser histórico e considera o conflito e a contradição como parte da realidade. Portanto, uma análise que segue os princípios da dialética busca

apreender a prática social em seus movimentos de contradição, numa realidade que não está pronta e definida, mas provisória e em constante transformação.

Para a análise das entrevistas optou-se por adotar como referencial teórico a Análise de Conteúdo, especificamente a “análise temática” como técnica para tratamento do material. A fim de buscar elementos para a compreensão das representações e sentimentos dos enfermeiros acerca do trabalho em Banco de Olhos foram adotados os seguintes procedimentos: a) leitura e releitura flutuante das entrevistas; b) mapeamento dos discursos individuais com base nos temas emergentes, definidos a partir da leitura flutuante e dos objetivos da pesquisa e c) análise da dinâmica dos discursos, síntese das entrevistas, embasada nas palavras e/ou frases interpretadas pela pesquisadora. Posteriormente, cada temática foi analisada, procurando apreender das respostas às questões norteadoras mais significativas para a pesquisa (MINAYO, 2008).

4.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Os cenários deste estudo foram os Bancos de Olhos de Minas Gerais (MG), excetuando o Banco de Olhos de Juiz de Fora- onde a pesquisadora trabalhou como enfermeira parte do tempo decorrido nesta pesquisa e o Banco de Olhos de Governador Valadares, que já está autorizado a funcionar, mas ainda não iniciou suas atividades. Deste modo, os Bancos de Olhos que fizeram parte deste estudo são Belo Horizonte, Uberlândia e Alfenas por serem os únicos Bancos de Olhos de Minas Gerais que estão registrados no SNT.

A escolha de MG se deu porque a pesquisadora deste estudo atua neste estado e está imbuída do interesse em conhecer e divulgar a atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos.

De acordo com o site da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (FHEMIG), o MG Transplantes tem Centrais de Notificação Captação e Doação de órgãos e Tecidos – CNCDOs nas regiões Sul (localizada em Pouso Alegre), Leste (localizada em Governador Valadares), Nordeste (localizada em Montes Claros), Zona da Mata (localizada em Juiz de Fora), Oeste (localizada em Uberlândia) e Região Metropolitana (localizada em Belo Horizonte) e uma direção central, com diretor geral, gerente administrativo, coordenadores dos núcleos de coração, fígado, rins, córneas, rim/pâncreas (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, [c201-a]).

O Banco de Olhos de Alfnas é um serviço filantrópico e está instalado no Hospital Universitário Alzira Velano. O Banco de Olhos de Uberlândia está situado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC/UFU), o Banco de Olhos de Juiz de Fora está localizado no Hospital Regional João Penido e o de Belo Horizonte está situado no Hospital João XXIII, estes dois últimos pertencem à rede FHEMIG.

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES

Os sujeitos da pesquisa foram os enfermeiros que atuam em Bancos de Tecidos Oculares Humanos no Estado de Minas Gerais, excetuando o Banco de Olhos de Juiz de Fora e Governador Valadares. De modo que foram entrevistados os enfermeiros que trabalham nos Bancos de Olhos de Belo Horizonte, Uberlândia e Alfnas, por atenderem os critérios de inclusão previamente elaborados.

Amostra de seleção completa que teve como critério de elegibilidade enfermeiros que atuam nos Bancos de Tecidos Oculares Humanos onde foi realizada a pesquisa, independente de gênero, etnia e que aceitaram participar como voluntário não remunerado, externando sua aquiescência por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram adotados os seguintes critérios de exclusão: pessoas que se recusaram a participar ou assinar o TCLE. Vale ressaltar que a amostra final constou de 07 sujeitos.

Os sujeitos receberam todas as informações sobre a pesquisa, especialmente o objetivo e procedimentos e tiveram ampla liberdade em aceitar ou recusar o convite.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A técnica de entrevista semiestruturada (Apêndice A) foi escolhida por constituir em momento de relação interpessoal entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, permitindo um relacionamento mais natural do pesquisador com as questões de estudo, sendo que as primeiras entrevistas foram realizadas, gravadas, transcritas e analisadas como estudo-piloto

para verificar se as questões foram claras e suficientes, além de observar criticamente o desempenho da entrevistadora. Também houve investigação por meio de observação direta.

Foi realizado um levantamento do perfil dos entrevistados no intuito de obter uma abordagem geral sobre idade, sexo e tempo de prática profissional e formação acadêmica. Quanto à análise dos dados das entrevistas, foi realizada por análise temática que consiste em uma técnica de pesquisa que possibilita tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, através de procedimentos específicos e científicos. Esta análise parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, ultrapassando os sentidos manifestos do material, para posteriormente atingir um nível mais profundo, utilizando-se de inferências (MINAYO, 2008; TRIVIÑOS, 2007).

As questões abordadas foram direcionadas para: habilidades, conhecimentos, prioridades na atuação do enfermeiro em Banco de Olhos (Apêndice A).

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos – CEP/ADC/FHEMIG n.: 010/2012, (Anexo A) –, foram realizados contatos telefônicos e por meio eletrônico (e-mail) com os profissionais participantes da pesquisa a fim de esclarecer os objetivos e solicitar a autorização aos responsáveis técnicos do serviço de enfermagem. A partir de então os enfermeiros que se interessaram e dispuseram a participar da pesquisa agendaram a entrevista para a coleta dos dados em seu ambiente de trabalho em dia e horário que melhor lhes conviesse e assinaram o TCLE (Apêndice B).

A pesquisa de campo foi realizada entre os meses abril e outubro de 2012. As primeiras entrevistas foram realizadas, transcritas e analisadas como estudo-piloto para verificar se as questões eram claras e suficientes, além de observar criticamente o desempenho da entrevistadora e as mesmas foram incluídas no relatório da pesquisa.

As informações foram obtidas por meio de entrevista semiestruturada. Para a coleta de dados, utilizou-se instrumento previamente elaborado e aplicado individualmente em ambiente reservado, o qual possibilitou uma atmosfera de interação entre pesquisadora e entrevistado, além de manter assegurada a privacidade do entrevistado. As entrevistas foram gravadas com a autorização dos sujeitos da pesquisa, objetivando-se total fidelidade às falas. O tempo de duração das entrevistas variou entre 10 minutos e 24 minutos.

Alguns cuidados foram tomados durante a entrevista para que os entrevistados se sentissem à vontade e seguros. A pesquisadora procurou demonstrar confiança e disposição, atentando para sua postura física, tom de voz e linguagem; o gravador permaneceu sobre uma bancada próxima, de modo que os braços permanecessem soltos; a entrevistadora buscou olhar nos olhos dos entrevistados, manteve os pés em direção aos entrevistados demonstrando segurança, confiança e interesse. Durante a conversa a entrevistadora evitou o uso de gírias e trejeitos e buscou falar a mesma língua do pesquisado; a pesquisadora buscou interferir o mínimo necessário nos discursos, permitindo que a entrevista fluísse sem interrupções. Além disso, durante as entrevistas a pesquisadora procurou demonstrar interesse e entendimento diante das falas, enviando sinais de interesse e estímulo aos sujeitos com gestos, acenos de cabeça, olhares, dentre outros, mantendo a imparcialidade diante dos relatos.

Posteriormente a cada encontro, foi imediatamente feito o registro das observações nas notas de observação de campo (Apêndice C). A transcrição das entrevistas gravadas como parte do tratamento dos dados ocorreu logo após cada entrevista e foi efetuada a digitação. Nesta fase do tratamento de dados, as falas foram submetidas à correção, suprimindo alguns vícios de linguagem ocorridos repetidamente nos discursos com o objetivo de melhor apresentação e fluência na leitura. Além disso, para preservar a identidade das participantes, usaram-se codinomes de flores, o que foi prontamente aceito.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Durante a realização da transcrição e análise das entrevistas realizadas houve oportunidade de avaliar a quantidade e variedade das informações obtidas. Deste modo, após a transcrição foi realizada uma leitura de todo o texto, onde foram sublinhados os assuntos afluídos nos discursos e alguns desses eram incluídos nas abordagens das entrevistas posteriores quando pertinente.

Neste estudo, a análise dos dados fundamenta-se na perspectiva dialética, em consonância com o referencial teórico-metodológico, o que permite contemplar os dados e suas particularidades sem, contudo, desconsiderar o contexto sócio-histórico em que estão inseridos.

Para a análise e interpretação dos dados, neste estudo, utilizou-se a análise de conteúdo temática que consiste em descobrir os núcleos que compõem uma comunicação.

Este tipo de análise tem um ponto central que é o tema e este é uma unidade de significação que se desprende do texto analisado de acordo com os critérios relativos às teorias que servem de guia à leitura. Foram construídas unidades de registros que se referem aos elementos obtidos através da decomposição do conjunto das mensagens. A partir das unidades de registro foram construídas as quatro categorias: conhecimentos e habilidades necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos; facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros; gerência de enfermagem e lidando com a morte. A representatividade das categorias-conceitos que emergem do discurso dos sujeitos é essencial para acumular evidências e dar maior densidade ao fenômeno em estudo (MINAYO, 2008).

Por isso, a análise dos dados foi realizada considerando as estruturas essenciais captadas tanto para elaboração das categorias e subcategorias quanto para a confecção do relatório final do estudo, juntamente com outras referências teóricas presentes no campo de conhecimentos buscando alcançar os objetivos desta pesquisa.

Esta etapa envolveu também a realização do levantamento bibliográfico para dar sustentação e confrontar aos achados das entrevistas. Assim, realizou-se a busca de artigos e textos pertinentes, a realização de cópias xerográficas, a catalogação dos textos conseguidos. Além disso, foram realizadas traduções dos textos estrangeiros e o destaque dos pontos pertinentes em todo o material levantado. Cabe ressaltar que o produto desta pesquisa é provisório e está em construção.

4.7 CUIDADOS ÉTICOS

Atendendo aos aspectos éticos de pesquisa, assegura-se que todas as etapas de realização do estudo foram pautadas nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), contemplada na Resolução do CNS n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a).

Os participantes foram previamente informados sobre a pesquisa e seu objetivo, sendo garantido o anonimato, privacidade e sigilo das informações observadas ou reveladas, de forma a resguardar e preservar os direitos dos informantes e foi esclarecido que a interrupção da participação poderia se dar a qualquer momento, sem que houvesse qualquer prejuízo ou dano. Todos esses itens foram descritos de forma simples e clara no TCLE, elaborado em duas vias sendo uma para o participante e uma para a pesquisadora e somente

mediante a aceitação e assinatura deste, foi colhido e registrado seu depoimento e explicitado que se tratava de uma pesquisa de risco mínimo devido ao método de pesquisa adotado e que se houvesse dano este seria de responsabilidade da pesquisadora.

Considerando-se que toda pesquisa envolvendo seres humanos abrange riscos, espera-se a ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, assumindo a pesquisadora o compromisso com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; a garantia de que danos previsíveis seriam evitados, como também de vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa. Destaca-se que, portanto, que esta pesquisa envolve um risco mínimo aos sujeitos.

Conforme orientação da Resolução do CNS n. 196, de 10 de outubro de 1996 (BRASIL, 1996a), o material gravado durante a coleta de dados, os TCLEs e os dados da pesquisa serão guardados sob responsabilidade do pesquisador durante cinco anos e posteriormente serão destruídos de forma adequada. Além disso, os resultados da pesquisa, assim que finalizados, estarão à disposição dos sujeitos e instituições participantes.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Buscando atender os objetivos desta pesquisa, a saber: investigar as especificidades do trabalho dos enfermeiros em Banco de Tecidos Oculares Humanos tendo por base as etapas do processo de captação de órgãos e tecidos estabelecidas pelo Ministério da Saúde; identificar como se dá a inserção do enfermeiro nos Bancos de Olhos; descrever competências e habilidades requeridas à atuação nos Bancos de Olhos sob a óptica dos enfermeiros; discutir a prática profissional do enfermeiro em bancos de olhos., emergiram quatro categorias na análise dos dados.

As categorias analíticas relacionam a percepção dos enfermeiros sobre sua atuação neste cenário de prática. Com estas explicações relacionaram-se as categorias orientadoras da análise: conhecimentos e habilidades necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos, com duas subcategorias: a) conhecimentos necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos e b) habilidades necessárias aos enfermeiros dos Bancos de Olhos; facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros, com duas subcategorias: a) facilidades enfrentadas pelos enfermeiros e b) dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros; gerência de enfermagem e lidando com a morte.

Preliminarmente à apresentação da análise dos dados, acreditou-se ser conveniente apresentar as características dos sujeitos de modo a esclarecer algumas informações sobre os mesmos. Estes dados estão apresentados em percentuais descritivos postos em quadros e tabelas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Para a apresentação do perfil dos sujeitos desta pesquisa optou-se por utilizar tabela, por acreditar que facilita o entendimento. Os dados levantados foram gênero, idade, situação conjugal, titulação, anos de estudo/escolaridade, especialização em doação/transplante de órgãos e tecidos, tempo de experiência profissional e tempo de atuação em Banco de Olhos.

Dos sete enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos de Minas Gerais, no período da coleta de dados, seis são do gênero feminino (85,7%) e apenas um é do gênero masculino (14,3%), o que demonstra que nestes cenários a quantidade de mulheres atuando é mais

expressiva que a de homens, assim como na prática de enfermagem no Brasil e no mundo (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por gênero

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Gênero</i>				
Feminino	6	85,7	85,7	85,7
Masculino	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à idade dos participantes desta pesquisa, cabe destacar que 03 estão na faixa etária de 21-30 anos, 01 na faixa etária de 31-40 anos, 01 na faixa etária de 41-50 anos, 02 na faixa etária de 51-60 anos. O enfermeiro entrevistado com menos idade tinha 25 anos e o entrevistado com mais idade, 60 anos.

Cerca de 42,9% (3) da população envolvida tinha entre 21-30 anos; 14,3% (1) entre 31-40 anos; 14,3% (1) entre 41-50 anos; 28,6% (2) entre 51-60 anos. Estes dados mostram que a grande maioria dos enfermeiros que trabalham nos Bancos de Olhos de Minas são adultos jovens (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por faixa etária

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Faixa etária</i>				
21-30 anos	3	42,9	42,9	42,9
31-40 anos	1	14,3	14,3	57,2
41-50 anos	1	14,3	14,3	71,5
51-60 anos	2	28,6	28,6	28,6
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Ao analisar a situação conjugal dos sujeitos da pesquisa verificou-se que 100% são casados.

Todos os sujeitos desta pesquisa têm curso de pós-graduação *lato sensu*

A Tabela 3 mostra que 57,1% (4) dos sujeitos desta pesquisa possuem 18 anos de estudo; 14,3 % (1), 19 anos; 14,3% (1), 20 anos de estudo e 14,3% (1), 23 anos de estudo.

Tabela 3 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por anos de estudo

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Anos de estudo</i>				
18	4	57,1	57,1	57,1
19	1	14,3	14,3	71,4
20	1	14,3	14,3	85,7
23	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Dos enfermeiros que atuam nos Bancos de olhos de Minas Gerais, 85,7% (06) não possuem especialização na área de transplantes/doação de órgãos/tecidos (Tabela 4).

Tabela 4 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por especialização em doação/transplante de órgãos e tecidos

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Especialização em doação/transplante de órgãos e tecidos</i>				
Sim	1	14,3	14,3	14,3
Não	6	85,7	85,7	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme já demonstrado, apenas um dos sujeitos desta pesquisa possui pós-graduação na área de transplantes. Os tipos de pós-graduação dos sujeitos desta pesquisa variam bastante como destacado a seguir (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tipos de pós-graduação

Variável	n
<i>Tipos de pós-graduação</i>	
Especialização em Urgência e Emergência	2
Especialização em Docência	1
Especialização em Transplantes	1
Especialização em Terapia Intensiva	3
Especialização em Obstetrícia	1
Especialização em Psiquiatria	1
Residência de Enfermagem em Infectologia e Parasitologia Hospitalar	1
Especialização em Enfermagem Vascular	1
Especialização em Acupuntura	1
MBA em Gestão Estratégica em Saúde	1

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à experiência profissional dos sujeitos da pesquisa no momento da coleta de dados cabe destacar que o sujeito com menor tempo de experiência profissional tinha 6 meses e o que apresentava maior tempo de experiência, 30 anos (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tempo de experiência profissional

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Tempo de experiência profissional</i>				
10 anos	1	14,3	14,3	14,3
2,5 anos	1	14,3	14,3	28,6
30 anos	1	14,3	14,3	42,9
6 anos	2	28,6	28,6	71,4
6 meses	1	14,3	14,3	85,7
7 anos	1	14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

O enfermeiro com maior tempo de atuação em Banco de Olhos possuía no momento da coleta de dados 7 anos de atuação e um dos sujeitos desta pesquisa referiu não ter experiência com Banco de Olhos, apesar de responder pela atuação da enfermagem em um dos serviços (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa por tempo de atuação em Banco de Olhos

Variável	Frequência	Percentual	Percentual Válido	Percentual Acumulado
<i>Tempo de atuação</i>				
0	1	14,3	14,3	14,3
1,5 anos	1	14,3	14,3	28,6
1 mês 5 dias	1	14,3	14,3	42,9
3 meses	1	14,3	14,3	57,1
6 anos	1	14,3	14,3	71,4
7 anos	1	14,3	14,3	85,7
8 meses		14,3	14,3	100,0
Total	7	100,0	100,0	

Fonte: Dados da pesquisa

Após a apresentação das características dos sujeitos desta pesquisa, passar-se-á à descrição das categorias referidas anteriormente. A primeira categoria destaca os conhecimentos e habilidades necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos sob a óptica dos enfermeiros dos serviços; a categoria facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros aborda na primeira subcategoria as facilidades encontradas pelos enfermeiros para a realização do serviço e na segunda subcategoria as dificuldades que os mesmos encontram para atuação neste cenário de prática. A terceira categoria realça o papel da gerência na atuação dos enfermeiros dos Bancos de Olhos. Finalmente, a quarta categoria evidencia os sentimentos e representações que os profissionais têm ao lidar no seu cotidiano laboral com a morte.

5.2 CATEGORIA CONHECIMENTOS E HABILIDADES NECESSÁRIOS AOS ENFERMEIROS DOS BANCOS DE OLHOS

As áreas da saúde e educação estão muito envolvidas com as profundas transformações na sociedade, de modo que passam constantemente por desafios. Sendo assim, são chamadas à reflexão acerca da multiplicidade e diversidade de questões que lhes são subjacentes. Novas demandas sociais, políticas, econômicas, gerenciais e científicas surgem e exigem que a enfermagem, no contexto macro em que se situa se (re) posicione e busque novas competências (NASCIMENTO et al., 2008).

O Banco de Olhos é um cenário novo para a atuação do enfermeiro e requer um saber especializado. Assim, a atuação dos enfermeiros neste cenário demanda reflexões sobre seu papel de forma a entender e ampliar os conhecimentos e habilidades necessários e garantir o espaço destes profissionais na equipe multidisciplinar.

A presente categoria é abordada em duas subcategorias a partir das respostas encontradas nas falas dos sujeitos e pretende mostrar quais os conhecimentos e habilidades apontados pelos enfermeiros como necessários à sua atuação. Para facilitar o entendimento foram separadas as falas e discussões sobre conhecimentos e habilidades apontados pelos sujeitos desta pesquisa como necessários aos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos.

5.2.1 Conhecimentos necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos

Dentre os apontamentos dos enfermeiros sobre conhecimentos e habilidades essenciais para seu trabalho percebemos que algo muito citado foi a necessidade de conhecimentos sobre anatomia humana, fisiologia e patologia.

Pode-se observar falas dos entrevistados:

Eu acho que a gente deve estar sempre estudando. É, por exemplo, eu já vi situações de patologias que são contra indicadas e que eu não conhecia. Eu não conheci durante a graduação, mesmo durante o tempo que eu fiquei na unidade de internação, que eu não conhecia. Então a gente está sempre buscando. Então sempre que surge uma patologia, às vezes até mesmo que não seja contraindicada, mas eu tenho que buscar conhecer, estudar ela mais, pra eu saber realmente, ter essa segurança. (Azaleia)

Dois dos entrevistados destacaram a necessidade de conhecimento aprofundado sobre diluição de amostra sanguínea em pacientes hemotransfundidos que são potenciais doadores de córneas.

A gente tem que ter esse conhecimento todo, de fisiologia, patologia, até pra poder saber coisa de diluição de amostra sanguínea, quantidade de reposição volêmica que o paciente recebeu, quantidade de hemotransfusão, fazer essa conta pra ver até que quantidade essa amostra de sangue que eu to coletando vai ser fidedigna, até que valor de diluição que eu vou poder considerar. Então assim, conhecimento é buscar sempre, sem dúvida. (Azaleia)

É a questão da hemotransfusão também, do volume sanguíneo transfundido, da questão de hemodiluição a gente tem que conhecer isso previamente, tem que conhecer as contraindicações da doação. Isso tem que ficar muito claro e tem que estar na ponta da língua porque quando você é notificado por telefone você tem que ter uma resposta imediata porque é segurança que a outra pessoa espera do outro lado por um serviço de MG Transplantes. Então você tem que saber isso com muita [...] Tem que ser rápido, imediato nessa resolução. (Camélia)

A diluição da amostra sanguínea pode resultar em achados incompatíveis com a situação clínica do paciente, podendo comprometer a análise laboratorial e apresentar resultados inconsistentes. Por isso o enfermeiro precisa conhecer a história clínica do paciente, inclusive os tratamentos realizados para que não haja comprometimento dos tecidos doados.

Além do conhecimento sobre hemodiluição, o enfermeiro destacou, também, a importância de ter conhecimento sobre as diferentes patologias que contraindicam a doação de córneas para proporcionar agilidade ao processo diante das notificações de óbitos recebidas. Este conhecimento mostra ser extremamente necessário ao trabalho de todos que atuam em serviços relacionados à doação e transplante de córneas.

A necessidade de o enfermeiro conhecer as contraindicações à doação de córneas também foi apontada por outro sujeito conforme se pode notar na fala que segue:

[...]o enfermeiro do Banco de Olhos tem que saber quais são algumas contra indicações, que tem aquela lista grande. (Girassol)

No Brasil, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n. 67 da Anvisa, de 30 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008) regulamenta as contraindicações na utilização de córneas doadas e os exames sorológicos necessários para a liberação dos tecidos para transplantes. É muito importante que os enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos conheçam as contraindicações existentes à doação como também estejam sensibilizados sobre a necessidade de realizar uma ampla investigação sobre os comportamentos e condições clínicas dos potenciais doadores de modo a garantir, dentro do possível, a qualidade do serviço realizado, especialmente, do tecido doado para transplante.

O Quadro 1 apresenta as contraindicações à doação e liberação de córneas para transplantes segundo RDC/Anvisa n. 67, de 30 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008).

Quadro 1 – Contraindicações à doação e liberação de córneas para transplantes, RDC/Anvisa n. 67, de 30 de setembro de 2008

<p>Não podem ser obtidos, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores cuja <i>causa mortis</i> tenha sido:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Morte de causa desconhecida; b) Hepatite viral aguda; c) Sepses; d) Raiva; e) AIDS; f) Doença de Creutzfeldt-Jakob; g) Panencefalite subaguda esclerosante; h) Rubéola congênita; i) Linfomas ativos disseminados; j) Leucemias; k) Síndrome de Reye; l) Encefalite viral ativa ou encefalite de origem desconhecida ou encefalopatia progressiva; m) Leucoencefalopatia multifocal progressiva; n) Doença neurológica de diagnóstico indeterminado; o) Endocardite (bacteriana ou fúngica) ativa.
<p>Além disso, não podem ser obtidos, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores com exames sorológicos reagentes para os marcadores HBsAg; Anti-HBc; Anti-HCV; Anti-HIV-1 e anti-HIV-2.</p> <p>Não podem ser disponibilizados, para utilização terapêutica, tecidos oculares de doadores que, após retirada e avaliação pelo BTOC, apresentarem evidências clínicas de:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Retinoblastoma; b) Tumores malignos do segmento anterior ocular.
<p>Contraindicações relativas:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Doadores submetidos à cirurgia ocular; b) Desordens congênitas ou adquiridas (cicatriz central na córnea, ceratocone, ceratoglobos); c) Inflamação ativa ocular.

Fonte: Brasil (2008, p. 63).

Estas contraindicações à doação de córneas devem ser investigadas no levantamento de informações acerca da história social e clínica do potencial doador. Para tanto, servem de fontes de dados o prontuário do paciente, declaração de óbito, a equipe de saúde responsável, familiares ou pessoas relacionadas ao potencial doador, além de outras fontes disponíveis.

Este tipo de conhecimento necessário é complexo, portanto é muito importante que o enfermeiro conheça estas patologias e tenha, também, bom senso e discernimento diante das circunstâncias que por ventura ocorram no processo laboral.

Foi relatado que o conhecimento sobre oftalmologia adquirido na graduação mostrou-se incipiente quando o enfermeiro deparou-se com este cenário de atuação.

Essa parte de oftalmologia é uma coisa que você não aprende absolutamente nada. Então você tem que correr atrás mesmo, estudar anatomia novamente, estudar fisiologia, fazer discussões clínicas com os médicos, fazer estudos de caso porque realmente é uma coisa que você não aprende. (Camélia)

E vai além ao falar sobre a deficiência sentida diante dos ensinamentos da graduação:

[...]tem que saber coisas que a faculdade não te permite saber. (Camélia)

A deficiência do ensino sobre transplantes na graduação também foi apontado por outros sujeitos desta pesquisa conforme se pode observar nos trechos que seguem:

[...]na graduação foi falado muito por cima. [...]tinha que ter alguma coisa mais voltada pra área. Na matéria de CTI eu tive uma aula sobre transplante [...]eu acredito nisso, pelo menos aqui na minha cidade, aqui por perto, isso é deficiente na faculdade. [...] Na graduação isso precisa ser mais trabalhado pelo enfermeiro. Porque a gente aprende mesmo é depois que a gente forma aqui. (Girassol)

Este sujeito disse que teve apenas uma aula sobre transplante na graduação e percebe a deficiência de abordagem deste conteúdo na faculdade. Outro sujeito diz que a temática de transplante não foi abordada na sua graduação e que teve contato com a temática em eventos científicos, conforme destacado a seguir:

[...]agora, principalmente em época de faculdade você não escuta ninguém falar sobre transplante. Fala-se em transplante em algum congresso, alguma coisa que você participa, mas a gente não tem nada focado para isso. (Estrelícia)

A necessidade de conhecer melhor a temática doação e transplante de órgãos e tecidos é destacada pelos sujeitos da pesquisa. Um dos enfermeiros aborda a necessidade de aprofundamento, em especial diante da possibilidade de atuação no Banco de Olhos. Além disso, tal sujeito desconhece cursos de pós-graduação nesta área, conforme se vê:

[...]eu desconheço alguma especialização que é focada na área de transplante, no geral. Pelo menos, dessas mais conhecidas que a gente tem no país hoje, eu nunca vi ninguém ofertar alguma coisa nesse sentido. [...] as pessoas procuram por curiosidade conhecer o serviço. Mas acho que seria fundamental a gente ter um curso que as pessoas pudessem já fazer para quando ela fosse trabalhar num Banco de Olhos, tivesse a oportunidade de trabalhar, ela já estar preparada. (Estrelícia)

Estes profissionais destacaram a preocupação com o autodesenvolvimento e a necessidade de aquisição de novas habilidades e conhecimentos. Uma das questões muito discutidas hoje na enfermagem é a especialização do saber e do cuidar. Como dito

anteriormente, a sociedade e, conseqüentemente, as práticas de saúde (dentre elas as de enfermagem) passam por complexas e rápidas transformações, o que constituem desafios aos enfermeiros. A todo o momento surgem novos conhecimentos e tecnologias, assim como novos campos de atuação e pesquisa.

O conhecimento adquirido/construído na graduação não raro mostra-se incipiente diante das demandas e necessidades percebidas. Mas cabe ressaltar que o perfil do enfermeiro formado é generalista conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de graduação em enfermagem e os campos especializados precisam ser buscados após a graduação (BRASIL, 2001d).

Uma das formas de educação é a especialização (pós-graduação *lato sensu*). De acordo com a Resolução do Cofen n. 389, de 18 de outubro de 2011 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2011), existem no Brasil 44 áreas de abrangência de especialidades/residências de enfermagem reconhecidas pelo Cofen. Dentre estas, cabe destacar que existem e são reconhecidas as seguintes especialidades: Enfermagem em Oftalmologia e Enfermagem em Transplantes. A existência destas 44 áreas de abrangência mostra que a enfermagem está avançando em termos de conhecimentos e expandindo sua atuação em cenários diversos de trabalho, dentre eles o Banco de Olhos. O crescimento dos cursos de pós-graduação serve de alerta, de certa forma, para a necessidade dos profissionais manterem-se atualizados e buscarem aperfeiçoamento constante.

Retomando a temática sobre a especialização do saber para atuação do enfermeiro no Banco de Olhos, destaca-se a “especialização dentro da especialização” e a necessidade de buscar o conhecimento, o que foi verificado nas falas a seguir:

Eu não fiz pós-graduação em transplantes e eu acredito que na pós-graduação em transplantes não é focada também na captação de córnea, de globo ocular. Eu acredito que eles devem focar os múltiplos e não devem focar esta parte. Então realmente é uma parte que você tem que buscar o conhecimento por si. (Camélia)

A partir desta fala pode-se compreender que o saber especializado não significa necessariamente o reducionismo do conhecimento, corroborando com Silva e Ferreira (2008). Estes autores vão além quando apontam que embora as raízes do conhecimento especializado estejam no paradigma cartesiano, positivista, a sua aplicação pode contribuir para melhoria na qualidade do cuidado prestado, no sentido de possibilitar um cuidado holístico a partir do momento em que este conhecimento é complementar a outros saberes e não utilizado de forma fragmentada, descontextualizada.

Estes conhecimentos são necessários para a prática profissional consciente, segura, eficiente e eficaz. Além disso, acredita-se que a visão de mundo e os valores do enfermeiro são os grandes responsáveis pelos seus pensamentos e práticas, muito mais do que sua formação ser generalista ou especialista.

Dentre os conhecimentos necessários para sua atuação percebe-se que foram enfatizados os conhecimentos relacionados à anatomia humana e patologia.

Outra coisa seria conhecer a anatomia dos olhos. Saber sobre as patologias que são contraindicações relativas e absolutas. (Dália)

Eu acho que, se a gente for pensar na nossa formação em anatomia, eu acho que é fundamental. (Estrelícia)

Conhecimentos e habilidades? Vamos ver [...] Ai. É complicado porque eu não tenho, eu não fiz especialização. Eu fui treinada pra poder ficar aqui. Então, assim, tem que ter o conhecimento teórico. [...] você saber avaliar um globo ocular, saber avaliar uma córnea, se essa córnea tem condição de ser transplantada ou não. Porque o médico do Banco de Olhos faz isso. Mas a gente que é a primeira pessoa que pega esse olho, esse globo, então eu acho assim, tem que saber a anatomia do globo ocular. (Flor-de-lis)

A aquisição destes conhecimentos deve ser valorizada e estimulada, pois se faz extremamente necessária na atuação em cenários de alta complexidade, como o Banco de Olhos. Mas, é bom frisar que, este tipo de saber só não basta. É preciso aliar o desenvolvimento científico e tecnológico alcançado com o resgate dos valores do homem.

O cuidado na perspectiva da integralidade pressupõe o reconhecimento dos direitos, demandas e necessidades de cuidado envolvidas e a variedade de tecnologias possíveis. Alguns depoentes destacaram a necessidade dos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos conhecerem a legislação sobre doação e transplantes de órgãos e tecidos e sobre o próprio serviço:

[...]bom, primeiro conhecer a legislação e o estatuto, o regimento dos Banco de Olhos, do próprio MG Transplantes [...] (Dália)

[...]primeiro eu acho que é a habilidade teórica porque é uma área que é muito burocrática. A legislação [...] É, tem que ter muito cuidado. Não é só você ir lá e preservar e enuclear [...] eu acho que o profissional tem que conhecer bem o processo de doação e transplante. (Girassol)

O agir do enfermeiro, independente da área de atuação deve estar ancorado na legislação e na ética. A partir do momento em que o enfermeiro tem o conhecimento

necessário sobre legislação ele terá uma diretriz sobre como agir e conhecerá as deficiências da lei, podendo atuar no sentido de transformá-la.

O exercício da profissão deve ocorrer dentro dos princípios ético-legais e isto foi apontado nesta pesquisa, conforme se pode observar:

O sigilo, sabe, é prioridade nossa, porque tanto é que o doador quando chega [os globos oculares e a documentação do doador] deixa de ter nome e passa a ter um número. Acho que o sigilo é prioridade aqui. (Flor-de-lis)

Portanto, o conhecimento e o agir sociopolítico do enfermeiro contribuem para uma visão abrangente do papel dos trabalhadores da enfermagem diante da responsabilidade e compromisso como agentes de mudança organizacional, social e política que se constituem.

5.2.2 Habilidades necessárias aos enfermeiros dos Bancos de Olhos

O modelo biomédico não responde às demandas de saúde e descontextualiza socioculturalmente o ser humano, fragmentando-o como se o mesmo fosse partes separadas e independentes. Este modelo racional, positivista não valoriza as multidimensões dos sujeitos, tampouco sua autenticidade. Em virtude disso algumas estratégias têm sido implementadas na busca do equilíbrio nas práticas de atenção à saúde no Brasil como a humanização da assistência (AYRES, 2004; COELHO; FONSECA, 2005).

A habilidade técnica neste serviço foi destacada nas entrevistas com os sujeitos desta pesquisa como sendo necessária aos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos:

Eu acho também que é um pouco ligado à instrumentação, porque é coletar. Tem que ter atenção, tem que ter toda uma habilidade, toda uma delicadeza. Então, eu acho que teria que ter uma coisa nesse sentido. (Estrelícia)

E depois a habilidade técnica, também. Porque pra fazer enucleação você tem que ter a técnica e pra preservar, mais ainda. Então tem que ter habilidade técnica também. (Girassol)

É prudente enfatizar que é imperioso que a enfermagem encontre um ponto de equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática do comportamento humanístico. Não se deve perder o foco da assistência de enfermagem que é o cuidar. A necessidade de desenvolvimento de diferentes habilidades foi mencionada por uma das entrevistadas:

[...] você não tem que ter só o conhecimento técnico. Você tem que ter todo um [...] (ficou subentendido que o enfermeiro necessita de habilidades técnicas e cognitivas para atuação neste serviço) até uma psicologia envolvida. (Azaleia)

[...] Então eu acho que é assim, que além dessa habilidade técnica, que nem é a mais importante. O mais importante é ter esse controle emocional, pra saber passar isso pra família, e que a família tem que sentir essa segurança por parte do enfermeiro ou outro profissional que vai estar ali abordando. (Azaleia)

A partir desta fala identifica-se o controle emocional diante das circunstâncias relacionadas ao trabalho como uma habilidade requerida do enfermeiro. Conforme já destacado neste estudo, lidar com o cadáver e com a família enlutada são potenciais fontes geradoras de estresse para o profissional. Em especial durante a abordagem para entrevista familiar, se faz necessário um controle emocional intenso bem como habilidades de comunicação.

Um dos sujeitos desta pesquisa disse que experiências profissionais anteriores fazem grande diferença na atuação do enfermeiro no Banco de Olhos:

Oh, eu acho que primeiro você tem que ter um [...] você tem que ter um conhecimento prévio de ambiente hospitalar no sentido assim, conhecimento de diagnóstico mesmo. (Camélia)

Certamente a aquisição de conhecimentos e habilidades contribui muito para a atuação do profissional em um cenário peculiar como este. A educação é o caminho para a evolução da enfermagem em quaisquer áreas, não sendo diferente no Banco de Olhos. Sendo assim, a enfermagem precisa adequar-se aos novos desafios organizacionais, administrativos e assistenciais que surgem. Para que isso ocorra é fundamental o papel da educação. As escolas de graduação evoluíram na concepção de saúde e, por conseguinte, de cuidado, mas mostraram-se conservadoras no que diz respeito aos conteúdos abordados e aos métodos de ensino adotados. Além disso, não raro as inovações chegam muito mais rápido nos serviços do que no campo de ensino (SILVA; SENA, 2008).

Além disso, as práticas de atenção à saúde passaram por transformações profundas no que concerne à concepção e à forma em que são realizadas devido à consolidação do SUS. As mudanças de paradigmas na organização dos serviços de saúde implicam na necessidade de mudanças no processo educacional dos profissionais de enfermagem. Acredita-se que através da educação seremos capazes de transformar a realidade.

V. M. S. Backes e outros (2008) (não consta na referência????) citam algumas características do modelo tradicional dos cursos de graduação: transferência do conhecimento, ênfase no racionalismo técnico, com o professor no centro do processo educacional, modelos de ensino e avaliação que privilegiam a memorização e reprodução de conhecimento e alunos passivos e acríticos.

Acredita-se que para que a prática de enfermagem seja realizada de forma integral a formação dos profissionais deve ser revista continuamente e a educação deve ocorrer no sentido de propiciar a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional.

Destaque também foi dado aos registros realizados pelos enfermeiros no serviço. Isto pode ser observado e destacado nas entrevistas.

Eu sempre gosto de deixar tudo muito detalhado no prontuário... Que eu acho que quanto mais informação tiver, mais detalhe no prontuário, mais completo, ele tem menos chance de erro, menos chance de algum problema no futuro, saber que é um documento de extrema importância e de sigilo. (Azaleia)

Você tem que ver toda a documentação que chegou pra você, a documentação que você tem. (Girassol)

Após cada doação de córnea, os impressos contendo informações sobre o doador e sobre a doação são arquivados em prontuário próprio com identificação alfanumérica. Além disso, a doação deve ser registrada no livro de ocorrências da enfermagem. Todos os registros de dados do doador, dos tecidos e dos receptores são de caráter confidencial, respeitando o sigilo da identidade do doador e do receptor e são arquivados no Banco de Olhos por um período mínimo de 20 anos (BRASIL, 2008).

É obrigatório que Banco de Olhos documente em livro próprio com abertura e encerramento feitos pelo órgão de Vigilância Sanitária do Estado ou do Distrito Federal ou em sistema informatizado com cópias de segurança e garantia de inviolabilidade as informações pertinentes sobre os registros de entrada, de liberação e de reingresso de tecidos oculares. Estas recomendações são da RDC n. 67, de 30 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008).

7.2 O livro de registro de entrada do tecido no BTOC deve conter:

7.2.1 Identificação numérica ou alfanumérica do doador fornecida pela CNCDO;

7.2.2 Data e horário de entrada no BTOC;

7.2.3 Nome do profissional que recebeu o tecido no BTOC.

7.3 O livro de registro de liberação do tecido deve conter:

- 7.3.1 Identificação alfanumérica do doador fornecida pela CNCDO;
- 7.3.2 Data e horário de liberação do tecido;
- 7.3.3 Data e horário de saída do BTOC;
- 7.3.4 Nome e número do registro do receptor na CNCDO;
- 7.3.5 Nome do profissional que entregou o tecido.
- 7.4 O livro de registro de reingresso do tecido ao BTOC deve conter:
 - 7.4.1 Identificação alfanumérica do doador fornecida pela CNCDO;
 - 7.4.2 Data e horário do reingresso do tecido;
 - 7.4.3. Nome do receptor para o qual havia sido destinado;
 - 7.4.4. Número do registro do receptor na CNCDO;
 - 7.4.5 Equipe responsável pela devolução do tecido;
 - 7.4.6 Motivo da devolução do tecido (BRASIL, 2008, p. 64)

Além disso, cabe ressaltar que deve haver registro dos tecidos oculares fornecidos para pesquisa, ensino, treinamento ou validação de processos, quando couber e que os resultados dos marcadores sorológicos também são arquivados no Banco de Olhos.

Tais registros devem ser realizados com letra legível, sem rasuras, de forma clara, objetiva e completa, identificado com data, assinatura e carimbo [contendo nome completo, número de inscrição no Conselho Regional de Enfermagem (Coren) e categoria profissional] de acordo com a Resolução Cofen n. 191, de 31 de maio de 1996 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996b). Eles servem de base legal de defesa dos profissionais e da própria instituição, propiciam a continuidade das ações de enfermagem, além de subsidiar elementos para pesquisas e melhorias na qualidade do serviço.

O Banco de Olhos é um dos grandes responsáveis pela melhoria na qualidade dos transplantes de córneas, que é um dos procedimentos cirúrgicos mais importantes da oftalmologia e vem crescendo em número e qualidade a cada ano. Estes avanços se dão devido ao incremento de diferentes tecnologias e saberes à estrutura e organização do Banco de Olhos, como equipamentos e meios de preservação mais modernos, procedimentos de controle de qualidade, dentre outros.

A compreensão dos diferentes tipos de tecnologias e suas facetas contribui para a qualidade dos serviços de saúde. Existem três tipos de tecnologias, a saber: a tecnologia representada por máquinas e aparelhos, pelos materiais concretos utilizados no cuidado em saúde (tecnologia dura), a tecnologia que engloba o saber profissional que pode ser estruturado e protocolizado (tecnologia leve-dura) e a tecnologia leve que se refere à cumplicidade, à responsabilização e aos vínculos manifestados na relação entre usuário e

trabalhador de saúde, ou seja, tem caráter relacional (MERHY; ONOCKO, 1997; SCHWONKE et al., 2011).

Muitas vezes o uso das tecnologias duras e leve-duras leva o paciente ao anonimato e à despersonalização. Mas cabe destacar que não são as tecnologias que despersonalizam o paciente, mas sim o uso que se faz delas. A tecnologia e a humanização podem ser conciliadas. Não existe incompatibilidade ou antagonismo entre ciência e ideal, entre humanização e racionalidade, o que existe é o mau uso das tecnologias. Por exemplo, o uso de protocolos e técnicas constitui ferramenta que orienta as práticas em saúde, mas muitas vezes são mal usados por profissionais que não consideram a singularidade de cada indivíduo ou família. Portanto, o cuidado de enfermagem busca a harmonização entre estas três dimensões da tecnologia.

A partir do exposto anteriormente, entende-se que o enfermeiro do Banco de Olhos deve buscar habilidades e competências “humanas” e “técnicas” para que consiga fornecer um cuidado integral aos envolvidos no seu processo de trabalho. Para Silva e Sena (2008) a integralidade do cuidado constrói-se na perspectiva de uma educação de profissionais que aliem competência técnico-científica e compromisso ético-político.

No contexto da formação profissional a integralidade do cuidado implica na assunção dos docentes e discentes como seres em formação, portanto incompletos; do conhecimento como algo inacabado, numa construção que não finda. De modo que o estímulo ao pensar crítico deve ocorrer na graduação e as práticas de ensino na graduação devem servir de ponto de partida para reflexões acerca da práxis e para transformações que se fizerem necessárias (VASCONCELOS; BACKES; GUE, 2011).

O cuidado constitui a essência da enfermagem e o cuidado autêntico vai além da assistência à doença ou a partes isoladas do corpo físico. Ele envolve a assistência holística ao indivíduo, ou seja, o cuidado das várias dimensões do sujeito.

Não existem receitas prontas e infalíveis para ensinar o cuidado. Acredita-se que este cuidado deve ser vivido e (re) criado constantemente, dentro do contexto dos sujeitos envolvidos. Além disso, o cuidado ensinado na graduação deve ser experienciado pelo discente no que tange à relação docente-discente, discente-discente, discente-equipe multiprofissional e discente-usuário de saúde/família. É necessária a reconstrução das práticas de saúde de modo a olhar o indivíduo e cuidar dele como alguém ímpar, onde o todo certamente é maior que a soma das partes. O discente deve compreender a necessidade tácita de compromisso com a profissão e com a sociedade. Se assim for, ele será um agente de mudanças no contexto onde estiver inserido.

No contexto da prática profissional entende-se que o enfermeiro precisa comprometer-se com seu processo de trabalho e buscar transformar a realidade no sentido de melhorá-la no que for possível. Uma das estratégias apontadas pelos enfermeiros para transformar a realidade no número de doações de córneas no estado é a sensibilização de profissionais e da população geral sobre doação de córnea e transplante. Nota-se isso no discurso a seguir:

[...]deveria ser feito um trabalho constante de conscientização, principalmente no acompanhamento junto aos hospitais. (Begônia)

[...]deveria ser melhor porque tem muito óbito, mas não tem tanta doação. [...]tinha que ter um trabalho mais de sensibilizar os familiares da importância da doação. Não só de córnea, mas de tudo. Porque tem muita gente que não sabe o que é, não tem um programa pra isso. (Flor-de-lis)

O avanço na política de doação e transplantes pode ser observado, dentre outras coisas, pelo índice de doação, pelos investimentos financeiros realizados para melhorar e ampliar o sistema de transplantes, na capacitação dos profissionais e pela divulgação de informações e esclarecimentos à população (leiga e profissional).

Um dos entrevistados diz que a política de transplantes no estado tem melhorado e credita isso às divulgações através de distintos canais de comunicação:

A política de transplantes no estado, hoje, tem melhorado bastante devido às divulgações em rede televisiva, nos jornais, nos programas, nas próprias novelas em horários nobres e que isso tem sensibilizado a população em termos da doação. Embora que ainda existam vários preconceitos, que fazem com que ainda não sejam amplas as doações. (Begônia)

Depreende-se a partir desta fala que é notada uma expansão nos investimentos e campanhas sobre a temática doação/transplante de órgãos e tecidos, mas observa-se que esta expansão ainda é pequena diante da necessidade da população brasileira, cuja lista de espera para transplante de córnea consta de 8.682 pacientes. O avanço desta política no estado de Minas Gerais pode ser observado através da criação de dez unidades de Organizações de Procura de Órgãos e Tecidos (OPOs) no estado, conforme anunciado no dia 25 de junho de 2012 pelo governo do estado. Elas vão atuar diretamente no auxílio ao Complexo MG Transplantes (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2012; FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, [c201-b]).

Desta forma o MG Transplantes funcionará através de seis Centrais de Notificação e Distribuição de Órgãos e Tecidos (CNCDOs) e dez unidades de OPOs. Isto objetiva captar um número maior de doações e a estrutura agilizará o processo de doação. A localização das OPOs considerou a população de cada região, o número de hospitais e de leitos de terapia intensiva, além da própria regionalização, segundo o Plano Diretor de Regionalização adotado pela Secretaria Estadual de Saúde (SES). Isto é um avanço que parece ser promissor na política de doação do estado (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS, [c201-b]).

A expansão nos investimentos e campanhas sobre a temática deve ser acompanhada pela sensibilização dos profissionais e fiscalização das instituições no sentido de promover efetivo funcionamento das CIHDOTTs. Um dos sujeitos falou sobre a inexistência destas comissões em muitos hospitais do estado, apesar de sua constituição e funcionamento serem obrigatórios, conforme a Portaria n. 905, de 16 de agosto de 2000 (BRASIL, 2000). Segue tal relato:

Nos hospitais da região, a maioria não tem CIHDOTT por aqui. Então agora que ta começando a ser implantado. (Girassol)

Este sujeito reconhece o avanço ocorrido na política de transplantes, mas cita que um dos entraves a este avanço, além da inexistência de muitas CIHDOTTs, relaciona-se ao funcionamento efetivo destas comissões.

Eu acho que melhorou muito, melhorou muito essa questão de doação, mas tem alguns empecilhos ainda que podem ser melhorados. [...] Mas o problema mesmo é relacionado à CIHDOTT, nos outros hospitais.[...] isso impede muito a gente. Ainda tem uma logística que precisa ser melhorada. [...]o problema hoje não é tanto a família não doar. Não só aqui, como a gente faz também em hospital grande. [...] a logística do hospital também, a gente ta tentando melhorar. [...]não falta família querendo doar. Falta é profissional, é estrutura pra poder vir pra nós. (Girassol)

Merece destaque a fala do sujeito sobre sua percepção sobre o número de doações de córnea. O mesmo afirma que não faltam famílias querendo doar, mas sim estrutura para o sistema de transplantes. O déficit de profissionais a que o sujeito se refere envolve a falta de profissionais nas CIHDOTTs e no próprio Banco de Olhos, conforme destacado em outros trechos desta pesquisa.

Uma estratégia identificada nas entrevistas para melhorar a atuação nos Bancos de Olhos e, conseqüentemente, aumentar o índice de doações e a qualidade dos processos é a

atuação dos profissionais junto às CIHDOTTs. Os enfermeiros reconhecem as deficiências da maioria das Comissões e citam que a atuação próxima, enquanto parceiros que devem ser, contribui para o desenvolvimento de ações impactantes na política de doação de córneas no estado e no país.

Estar sempre melhorando o contato com as CIHDOTTs. Porque a gente sabe que as CIHDOTTs não estão totalmente adequadas em todos os hospitais. Tem hospitais em que elas estão mais atuantes e tem hospitais em que elas estão menos. (Begônia)

[...] o Banco de Olhos não é um órgão fiscalizador, mas tem que atuar junto com as CIHDOTTs. Como diz o outro “quem não é visto não é lembrado” [...] Existem muitos óbitos que não são notificados, existem muitas perdas de doação por falta de notificação, de conhecimento dos hospitais, das equipes e sendo que é uma lei. É lei: todos os hospitais acima de 80 leitos têm que ter CIHDOTT. As CIHDOTTs não funcionam adequadamente. (Camélia)

[...]o enfermeiro do Banco de Olhos tinha que ser mais ativo em educação continuada, muitas vezes joga pra CIHDOTT. Não conheço os outros Bancos de Olhos, eu acredito que eles fazem também, mas a gente aqui podia fazer mais educação continuada. É, talvez, uma burocracia que tem das CIHDOTTs, dos próprios profissionais teria que dar uma melhorada. (Girassol)

Enquanto alguns enfermeiros apontam como estratégia para aumento no número de doações a atuação dos profissionais dos Bancos de Olhos junto às CIHDOTTs, nota-se que outros carecem de esclarecimentos sobre a política de transplantes vigente em nosso país.

O Banco de Olhos não tem ligação com a CIHDOTT, não pode ter. [...] A gente não fica presente junto com a CIHDOTT por conta do sigilo. Que não é interessante familiar saber quem é que vai captar o olho do familiar dele. (Flor-de-lis)

Cabe ressaltar que os profissionais dos Bancos de Olhos devem atuar junto às CIHDOTTs e que esta parceria contribui para o fortalecimento da rede de saúde em nosso estado e país, de modo que os membros destas comissões tenham o apoio e esclarecimentos necessários para atuarem dentro das instituições.

Tomando por base o material empírico nota-se que nem sempre é fácil a constituição da CIHDOTT dentro das instituições. Isso pode ocorrer em virtude da falta de interesse das direções, da falta de esclarecimento e supervisão dos gestores do serviço de transplantes nas diferentes instâncias, do número reduzido de profissionais nas instituições, da sobrecarga de

trabalho de muitos profissionais, do desinteresse dos profissionais em participar da referida comissão, dentre outras variáveis.

Um dos sujeitos desta pesquisa falou da necessidade de investimento da instituição hospitalar para funcionamento da CIHDOTT e reconhece que isso pode envolver “sacrifícios”.

Às vezes, Roberta, têm sacrifícios que a gente tem que fazer para um bem maior. Até hoje eu consigo pensar isso de um jeito melhor. Às vezes sacrificar um lugar para, como a gente fez com a enfermeira da CIHDOTT, nós tivemos que sacrificar um lugar porque a gente falou “isso é um bem muito maior para o hospital”. Porque não foi contratada uma enfermeira, ela teve que sair de algum lugar. Hoje nós conseguimos tirar metade da carga horária e aos pouquinhos nós vamos conseguir. Até a gente chegar a ter um amadurecimento pra pensar dessa forma, é trabalhoso, é tenso.
(Estrelícia)

Este sujeito observa que na instituição onde atua a CIHDOTT está avançando e afirma que o reconhecimento da necessidade de constituição desta comissão envolveu um processo de amadurecimento da forma de pensar a distribuição dos enfermeiros segundo as unidades que compõem o hospital.

Este amadurecimento a que o profissional se referiu precisa ocorrer dentro das instituições e os profissionais que atuam nos serviços de doação/transplantes têm de assumir seus papéis, em especial os gestores do sistema de transplantes. Desta forma poderemos constituir CIHDOTTs efetivas e aumentar o número de doações de córneas.

A educação da população é essencial na política de doação de órgãos e tecidos de qualquer país. Educação no sentido do fornecimento de informações/orientações sobre a temática, conhecimento de valores, crenças e culturas envolvidas e abertura para discussões e reflexões sobre doação. Pensa-se que é preciso estabelecer práticas pedagógicas que reconheçam a relevância dos valores, crenças, experiências vividas e cultura dos indivíduos. Só assim é possível uma educação libertadora e formadora de sujeitos críticos. Esta educação libertadora deve estar presente também no meio acadêmico. Só através dela que são formados sujeitos críticos e transformadores da realidade. Posto isto, a enfermagem precisa assumir referenciais teórico-pedagógicos que sustentem a educação e práticas transformadoras, respondendo às mudanças exigidas pelas organizações e pelos sujeitos sociais (SEBOLD; CARRARO, 2011; VASCONCELOS; BACKES; GUE, 2011).

No que tange ao conjunto de habilidades a serem desenvolvidas, manter a união e a integração da equipe foram consideradas habilidades prioritárias no processo de trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, conforme os relatos a seguir:

[...] manter o equilíbrio e a união da equipe [...] É principalmente a habilidade para trabalhar em equipe, pra fazer com que a equipe esteja sempre motivada, unida [...] Sabe, eu acho que é a principal. Porque é um local onde não pode ter furo! (Azaleia)

[...]a prioridade é a questão de uma equipe bem integrada. Eu acho que o treinamento da equipe [...]a equipe, sendo sincronizada é o mais importante. Porque a atividade em si é uma atividade que você treina e faz. Então se eu to sabendo fazer, o da noite ta sabendo fazer, o do dia ta sabendo fazer, pra mim isso é uma prioridade porque a equipe tem que estar integrada, tem que fazer tudo igual, tem que saber fazer igual, tem que ter um padrão. [...]Isso é importante. (Camélia)

Olha, na realidade o enfermeiro, ele é a peça fundamental no Banco de Olhos. Por quê? Porque na realidade quem administra e faz com que o Banco de Olhos funcione bem ou mal é a equipe de enfermagem. E uma equipe bem coesa, uma equipe bem integrada, faz a diferença, em captações, na própria avaliação do paciente, na própria enucleação, na qualidade da enucleação. [...] Então é primordial uma equipe muito coesa, unida, capacitada. (Camélia)

O investimento no capital humano é a chave para as mudanças nas organizações e o trabalho em equipe traduz-se em resultados duradouros. Na área da saúde tem-se o enfermeiro como elemento facilitador do trabalho da equipe, sendo reconhecido como o agente central para uma prática integradora (GUMBLEY; PEAKSON, 2006).

A partir do momento em que os colaboradores sentem-se reconhecidos e valorizados, estratégias para o trabalho são pensadas e colocadas em prática visando melhorias no processo de trabalho. Portanto, é necessário refletirmos sobre as estratégias para o desenvolvimento de lideranças e no desenvolvimento de um clima organizacional favorável à criatividade e respeito (KURCGANT; CIAMPONE, 20005).

Um dos entrevistados disse que a administração é prioritária para atuação no Banco de Olhos, tanto a gestão do serviço geral quanto a do serviço de enfermagem:

A atividade maior nossa é a retirada, a enucleação que consiste na [...] primordial e, mas as nossas atividades são inúmeras, desde todas as administrativas, a distribuição, o acompanhamento junto com os médicos da preservação das córneas, da conferência de materiais, da distribuição, da entrega, da remessa, [...] abastecimento de material [...] Isso tudo. Deixa eu ver o que falta [...] Bom [...] Principalmente abordagem. (Begônia)

Ainda este profissional, ressalta que é de grande importância a habilidade para lidar com o cadáver, assim como a destreza nos procedimentos técnicos envolvidos no serviço. A fala a seguir ilustra a relevância da habilidade profissional para atuar na especificidade envolvida na doação de córnea, no âmbito da clínica do cuidado de enfermagem.

É essa habilidade de saber lidar com o cadáver em si. Porque muitas vezes não tem essa habilidade, lida muito bem no bloco, muitas vezes em cirurgias até mais complexas que a nossa, mas não consegue lidar bem com o cadáver em si [...] e ter uma destreza, uma destreza boa e uma facilidade na punção [...] Acho que são as principais. (Begônia)

Este relato destaca a importância da habilidade técnica em alguns procedimentos envolvidos no processo de doação de córneas, assim como o equilíbrio emocional necessário ao desempenho das atividades com o cadáver. A atuação dos enfermeiros junto aos familiares e cadáveres muitas vezes é conflituosa e geradora de sentimentos diversos nos profissionais.

Vale ressaltar que a formação e a prática do enfermeiro devem abranger as dimensões cuidadora, gerencial, educadora e de investigação científica, e estas estão respaldadas na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Brasil, 1986b). Algumas destas dimensões foram mencionadas pelos enfermeiros e outras não, conforme as falas apresentadas anteriormente. Diante disso, torna-se evidente que os enfermeiros precisam dedicar maior atenção às dimensões de ensino e pesquisa, tendo como meta a manutenção, divulgação e ampliação de espaços já conquistados.

Dentre as dimensões alocadas nos discursos dos enfermeiros nota-se que a dimensão gerencial recebeu relevância nas entrevistas realizadas, recebendo, portanto, destaque neste estudo, tornando-se uma categoria central. Das falas dos sujeitos extrai-se exaustiva repetição da atividade gerencial do enfermeiro em detrimento das outras, tanto no sentido de gerenciamento (burocrático) do serviço de enfermagem quanto no que diz respeito à habilidade de liderança.

Outras habilidades requeridas para o trabalho nos Bancos de Olhos sob a ótica dos enfermeiros dos serviços que foram destacadas são: o equilíbrio emocional, as habilidades relacionadas à prática educativa, habilidade de liderança, sobretudo para manter a união e a integração da equipe, habilidade para lidar com o cadáver, assim como a destreza nos procedimentos técnicos envolvidos no serviço.

Desse ponto de vista, analisa-se que quando pensamos sobre a atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos é importante que se considere a objetividade e a subjetividade inerentes ao trabalho. O enfermeiro enquanto sujeito histórico e social deve ser

capaz de problematizar a realidade, refletir sobre seu cuidado para que recrie a realidade e desenvolva intervenções comprometidas com os seres humanos. Além disso, o processo educativo deve ser transformador e realizado dentro do contexto social dos sujeitos envolvidos. A práxis transformadora favorece um conhecimento emancipador, o que contribui para o empoderamento da enfermagem nos diferentes cenários de atuação (BACKES, V. M. S. et al., 2008). Nos Bancos de Olhos não é diferente. Trata-se de um novo cenário de prática para a enfermagem e requer que o enfermeiro adquira competências técnicas e humanas.

Assim, ao analisar os conhecimentos e habilidades reforça-se a importância do conhecimento técnico-científico para a atuação do enfermeiro no Banco de Olhos. Contudo ele sozinho não responde todas as necessidades apresentadas no cotidiano laboral. Cada vez mais as políticas de transplantes e as organizações precisam reconhecer isso e agir em prol de melhorar os processos de trabalho desenvolvidos, entre eles, os relacionados aos Bancos de Olhos.

5.3 CATEGORIA FACILIDADES E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS

O SUS vem se consolidando como uma política de Estado e, apesar das suas fragilidades, consegue, cada vez mais dar respostas às necessidades da população. As facilidades percebidas pelos trabalhadores devem ser levadas em conta diante da análise das políticas de trabalho e sua implementação. Contudo, muitos problemas são enfrentados pelos trabalhadores no contexto laboral (BALSANELLI; CUNHA, 2006). Diante do exposto, julgou-se necessário apresentar as facilidades e barreiras que os enfermeiros encontram na prática nos Bancos de Olhos.

As organizações passam por mudanças no mundo moderno e as características do trabalho imprimem nos trabalhadores percepções e necessidades distintas. É notória a influência das organizações na vida profissional e pessoal dos mesmos. Portanto, é importante o reconhecimento das condições apontadas pelos trabalhadores como facilitadoras do seu trabalho, de modo que as mesmas devem ser estimuladas no seio da organização e outras precisam ser produzidas visando um trabalho mais agradável, saudável e produtivo.

5.3.1 Facilidades encontradas pelos enfermeiros

Optou-se por abordar primeiramente as facilidades encontradas pelos enfermeiros visto que este enfoque é mais agradável de ser abordado, especialmente quando se trata de serviço público e fornece pistas acerca da construção de um novo espaço para a atuação profissional. Posto isto, analisar-se-á as facilidades identificadas pelos enfermeiros para a realização do seu trabalho nos Bancos de Olhos.

Uma das facilidades apontadas foi o relacionamento com a equipe do Banco de Olhos, conforme o relato que se segue:

Ah, eu tenho facilidade em relacionar com a equipe [...] eu acho que pelo fato de eu ser mais velha, assim, a gente tem outra visão de quem tá chegando novo. E a gente chega com vontade de fazer diferente, de fazer melhor. [...] sempre que chega gente nova você começa a perceber coisas no ambiente que acontecem às vezes já há muito tempo e que poderiam ser feitas de uma forma diferente, mas às vezes quem tá ali, convivendo com aquilo há tanto tempo, às vezes nem tem tanto essa facilidade de perceber essas necessidades [...] apesar de pouco tempo, já deu tempo de eu perceber algumas coisas [...] (Azaleia)

O que facilita aqui é uma equipe pequena, integrada. (Camélia)

É muito bom quando o enfermeiro apresenta facilidade em relacionar-se com a equipe, pois quando há entrosamento o trabalho tende a ficar mais “leve”, menos desgastante aos trabalhadores e provavelmente será mais produtivo. Na formação dos enfermeiros geralmente são desenvolvidas habilidades de liderança, principalmente para o desempenho das atividades que são esperadas, sendo enfatizada a importância e estimulado o desenvolvimento, que ocorre ao longo da vida profissional. Sousa e Barroso (2009) citam algumas dessas atividades que são relacionadas ao trabalho dos enfermeiros, por exemplo: identificação de problemas, tomada de decisões, planejamento dos cuidados, motivação dos profissionais da equipe de saúde, dentre outras. Inclui-se aqui a avaliação.

A liderança é uma função gerencial do enfermeiro e envolve a habilidade em cuidar daqueles que ele lidera, sensibilizando-os a trabalhar para o bem comum da equipe. É importante que o enfermeiro ofereça apoio à sua equipe e demonstre conhecimento, empatia, interesse e responsabilidade por cada membro. Desta forma serão mais positivas as relações de trabalho, tendo reflexos nos comportamentos e ações dos trabalhadores. Além do mais, do ponto de vista ético, a preocupação deve ser para com o outro, considerando que a disposição

para o outro é a essência das relações humanas (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009; FREIRE, 2002).

A liderança do enfermeiro serve de impulso para o trabalho da equipe e para a existência de relacionamentos saudáveis, onde o diálogo, a compreensão e o *feedback* mostram-se presentes e essenciais. Entende-se que, no contínuo de sua competência gerencial o enfermeiro precisa desenvolver habilidades gerenciais, dominar conhecimentos diversos e desenvolver a habilidade de liderar, de forma que sirva de referência para os membros da equipe e mantenha a união desta diante dos desafios que são impostos pelo trabalho.

É essencial que os enfermeiros adotem modelos mais flexíveis de liderança, buscando a participação dos trabalhadores nas tomadas de decisões. Quando tais relacionamentos existem, o trabalho torna-se menos árduo e promove uma (re) aproximação entre os trabalhadores. Por meio da liderança o enfermeiro busca uma aproximação dos valores organizacionais com os dos trabalhadores de modo a propiciar uma prática de enfermagem integral e integradora. Sendo assim, o enfermeiro líder serve de facilitador ao trabalho da equipe, não somente no âmbito da enfermagem, mas também na relação com os demais profissionais de saúde. Sendo assim, o cuidado acontecerá na perspectiva da integralidade (BACKES, D. S. et al., 2008; DE LIMA TRINDADE et al., 2011; FERNANDES DE AGUIAR, et al., 2010).

Outra facilidade reconhecida pelos enfermeiros para suas atividades nos Bancos de Olhos foi a disponibilidade de transporte para os trabalhadores diante das atividades de trabalho que necessitam de locomoção da equipe.

Facilidade é de disponibilidade, de na mesma hora que ocorre a doação a gente ter como se locomover. (Begônia)

A garantia da qualidade dos tecidos oculares captados, transportados, processados e distribuídos cabe aos Bancos de Olhos, até que os mesmos sejam liberados para transplante ou enxerto. Após essa liberação a responsabilidade pelo transporte e pela utilização do tecido deixa de ser do Banco de Olhos e passa a ser da equipe que realizará o transplante (BRASIL, 2003b).

Conforme já citado anteriormente, os Bancos de Olhos têm como atribuições, dentre outras: a busca de doadores de córneas, realização de entrevista familiar, obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido da doação, transporte para o BTOC, avaliação,

preservação, armazenamento e disponibilização de tecidos oculares humanos para fins terapêuticos, de pesquisa, ensino ou treinamento (BRASIL, 2008).

Portanto, os Bancos de Olhos são responsáveis pelo transporte dos tecidos oculares doados desde o local da captação até a estrutura física do Banco de Olhos, onde ocorrerão as avaliações e possíveis preservações dos tecidos, além do armazenamento e disponibilização dos mesmos para transplantes.

Para que essas atividades transcorram sem dificuldades, precisa-se, além de outros insumos, de carro com motorista para transporte da equipe do Banco de Olhos. De acordo com o site da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), Minas Gerais também proporciona transporte aéreo, à disposição 24 horas, e proporciona ajuda no transporte da equipe para retirada de múltiplos órgãos fora de Belo Horizonte e também no transporte de órgãos e tecidos (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS, [c201-]).

Esses investimentos devem ser reconhecidos e incentivados visto que a infraestrutura é essencial para o sucesso das políticas de doação e transplante de córneas no estado. Espera-se que os investimentos aumentem e sejam realizados também no sentido de capacitar os profissionais envolvidos nestes serviços. Além do mais, espera-se que os investimentos do estado na política de doação e transplante de córneas diminuam as discrepâncias das diferentes regiões do estado no que concerne ao acesso a informações e serviços na área.

Outro fator facilitador para o trabalho que foi mencionado por sujeitos desta pesquisa foi a quantidade de material e equipamentos à disposição para as atividades desenvolvidas pelo Banco de Olhos. As falas a seguir demonstram isso:

[...]o material tem com muita facilidade. (Camélia)

[...] material a gente tem, equipamento a gente tem. (Flor-de-lis)

Tem sido um desafio constante no mundo moderno manter ou melhorar a qualidade do serviço diante da necessidade de redução de custos imposta às diferentes organizações em virtude da redução dos recursos financeiros disponíveis e à carência de investimentos nas diferentes áreas.

Posto isso, a adoção de sistemas de gestão de materiais e o gerenciamento de custos para contenção dos gastos é apontada como alternativa às organizações, de forma tal que mantenha a qualidade dos serviços com o suprimento dos recursos materiais necessários em quantidade e qualidade adequadas, no tempo necessário e com menor custo possível (PASCHOAL; CASTILHO, 2010).

A disponibilidade de material em quantidade e qualidade adequadas é imprescindível para o trabalho da enfermagem no Banco de Olhos devido à complexidade do trabalho realizado, da importância do fator tempo nas atividades realizadas e ao fato de algumas atividades (entrevista familiar e captação dos globos oculares) ocorrerem fora do “ambiente natural de trabalho”, o Banco de Olhos. Quando há disponibilidade de material em quantidade e qualidade adequadas para as atividades necessárias o trabalho da enfermagem mostra-se menos exaustivo e se dá com menos riscos, maior eficiência e eficácia.

Há sujeito que vê como elemento facilitador para o trabalho sua formação profissional:

[...] com certeza a formação. [...] a formação do enfermeiro, que eu estou te falando pela equipe que tem hoje no nosso Banco de Olhos. [...] pela equipe que faz a captação [...] de formação, o enfermeiro estaria bem mais preparado. (Estrelícia)

Observa-se neste depoimento o reconhecimento que a formação do enfermeiro contribui para a preparação para atuação na captação de córneas. Pode-se diante deste relato refletir se as escolas de enfermagem, além dos ensinamentos técnicos e operacionais com instrumentais e equipamentos, dão subsídios para a formação de enfermeiros generalistas, humanistas, críticos e reflexivos, dentre outras características elencadas nas Diretrizes Curriculares (BRASIL, 2001d) e Nova LDB (BRASIL, 1996b).

A formação do enfermeiro vem sendo bastante discutida, com destaques para a dissociação, muitas vezes, ocorrida entre teoria e prática e a (des)ocupação dos espaços pela enfermagem. Também permeia nesta discussão a necessidade premente de instrumentalização do enfermeiro para intervenção na realidade. A construção e gestão dos processos e a formação de sujeitos tem mostrado ser um grande desafio para a formação dos enfermeiros (ITO et al., 2006).

Há que se ampliar a qualificação dos trabalhadores de enfermagem para atuação nos diversos cenários da prática e considerar a evolução histórica das práticas de saúde em nosso país, em especial a reformulação ocorrida na área da saúde. Reformulação esta iniciada com a Reforma Sanitária e afirmada pela Constituição Federal de 1988.

Outro destaque encontrado nas entrevistas refere-se ao reconhecimento da experiência dos profissionais como um dos principais aspectos considerado como facilitador do trabalho desenvolvido. Alguns entrevistados reconheceram a “experiência” como sendo

facilitador do trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, conforme trechos destacados das entrevistas:

[...]o que facilita são as pessoas que já têm um certo conhecimento, um histórico de conhecimento, de prática, que já têm anteriormente [...] e isso é repassado pra gente de uma forma mais tranquila. (Camélia)

[...]a minha experiência! (risos) a gente aqui tem algumas dificuldades, às vezes, de compra de materiais, de reposição de materiais. A gente está numa instituição pública e muitas vezes tem que contar com o conhecimento, com a experiência [...] Isso é um fator que realmente facilita. (Dália)

A primeira fala mostra que o entrevistado reconhece a experiência de outros enfermeiros como elemento facilitador do seu trabalho devido à possibilidade de troca de experiências e aprendizado. Já a segunda fala demonstra que o entrevistado reconhece a sua própria experiência como o grande facilitador do seu trabalho como enfermeiro que atua em Banco de Olhos.

Quando se fala em experiência devemos pensar tanto no conhecimento técnico-científico quanto na habilidade prática adquiridos com o tempo de serviço. Acrescenta-se ao fator experiência, o autoconhecimento alcançado continuamente e, também, a sensibilidade desenvolvida diante das circunstâncias envolvidas no cotidiano do trabalho.

A autonomia dentro do serviço foi elencada por um dos sujeitos como sendo um elemento facilitador do seu trabalho.

[...]tem o apoio do coordenador do Banco de Olhos que é muito importante. Ele dá liberdade pra gente, dá total autonomia. A gente tem autonomia aqui dentro pra fazer o que achar melhor. (Flor-de-lis)

Ao exercitar sua autonomia o enfermeiro dá sentido à sua vida profissional e contribui para o reconhecimento da enfermagem nos diversos campos de prática (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011). O trabalho tem mais vida, flui com mais leveza quando os trabalhadores têm autonomia para a tomada de decisões e realização das atividades que julgam necessárias ao bom andamento dos serviços. Esta condição deve ser valorizada e estimulada dentro dos diversos cenários, incluindo os Bancos de Olhos.

Um dos entrevistados desta pesquisa aponta o bom relacionamento com CNCDO regional como facilitador do seu trabalho no Banco de Olhos:

Facilidade [...] Por exemplo: aqui, o MG que a gente segue é o de X (cita a CNCDO regional). A gente tem muito apoio deles. Então quando eu tenho dúvida, que eu não sei muita coisa ainda, eu ligo lá, eles me esclarecem na maior boa vontade. Os médicos de lá também, quando tem que advertir eles advertem, mas o meu relacionamento com eles lá é muito facilitador, é muito bom. Não é uma equipe que você fica com medo de ligar, tem medo de alguma coisa, não. É muito bom. (Girassol)

Como já mencionado, reforça-se que o bom relacionamento entre as diversas instâncias do serviço de transplantes certamente é fator facilitador para todos os envolvidos. Este sujeito reconhece que é muito bom não sentir-se oprimido diante das dúvidas e dificuldades enfrentadas e valoriza o apoio recebido da CNCDO.

Para finalizar por ora as discussões sobre as facilidades reconhecidas pelos enfermeiros diante da atuação no Banco de Olhos destaca-se a fala de alguns sujeitos ao serem questionados:

[...]as dificuldades são muitas (risos), das facilidades eu estou tentando me lembrar. (Begônia)

[...]facilidades do Banco de Olhos? Não tem muita facilidade. (Flor-de-lis)

Reconhece-se que são poucas diante da complexidade do trabalho desenvolvido e espera-se que possam ser ampliadas em um período não tão distante. Passar-se-á, no próximo seguimento, a analisar as dificuldades apontadas pelos sujeitos desta pesquisa. Retirar??

O trabalho é considerado fonte de satisfação de diferentes necessidades humanas como realização pessoal, necessidade de segurança, de relacionamento, de estima, de suprimento de necessidades fisiológicas, dentre outras.

Mas ele também pode ser fonte de adoecimento ao trabalhador. Por isso o trabalho e a saúde do trabalhador são temas discutidos por diversos pesquisadores preocupados com a relação existente entre o processo saúde-doença e o trabalho (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

Buscando ainda atender os objetivos desta pesquisa e com base nos achados das entrevistas passar-se-á para a discussão das dificuldades relatadas pelos enfermeiros dos serviços.

5.3.2 Dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros

Serão abordados nesta subcategoria os desajustes e as contradições evidenciados nas respostas dos sujeitos entrevistados. Entende-se que desajustes e contradições são aspectos que devem ser transpostos na organização do trabalho de modo que o enfermeiro possa exercer suas atividades em consonância com sua formação acadêmica e seus princípios e valores.

A percepção dos enfermeiros quanto às dificuldades para a realização do seu trabalho mostra que elas situam-se nas esferas institucional. Algo interessante é que as proposições encontradas nesta pesquisa muito se parecem com as detectadas em um estudo realizado sobre a vivência do enfermeiro num programa de transplante de fígado. No estudo realizado, percebeu-se que necessidades, contradições, dificuldades e conflitos são vividos e percebidos pelos enfermeiros diante da sua atuação (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

Vale reconsiderar como deve ser a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos de acordo com a normatização da Resolução do Conselho Federal de Enfermagem n. 292, de 07 de junho de 2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004a). Cabe ao enfermeiro: planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador; solicitar a autorização por escrito ao responsável legal pelo paciente por meio do TCLE, garantindo o direito de discutir sobre a doação com a família, dentre outras atividades (SOUZA; CERQUEIRA; NOGUEIRA, 2011).

Além disso, vale destacar que a Resolução n. 67, de 30 de setembro de 2008 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para o Funcionamento de Banco de Tecidos Oculares de origem humana considera no artigo 2º que Banco de Olhos

é o serviço que, com instalações físicas, equipamentos, técnicas e recursos humanos, tenha como atribuições a realização de busca de doadores, entrevista familiar, obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido da doação, triagem clínica e laboratorial de doadores, retirada, identificação, transporte para o BTOC, avaliação, preservação, armazenamento e disponibilização de tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa, ensino ou treinamento (BRASIL, 2008, p. 62).

Estas legislações servem para nortear o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro no Banco de Olhos e, considerando as legislações citadas anteriormente, os enfermeiros

entrevistados identificam as dificuldades enfrentadas para o desenvolvimento do trabalho no seu cotidiano. A fala a seguir expressa essas dificuldades.

[...] a enfermagem deveria ser um pouco mais respeitada e valorizada [...] Acho que é uma situação um pouco difícil [...] a nossa coordenação direta não é feita por enfermeiros e sim por uma administradora o que fica às vezes uma lacuna, na questão da equipe, no processo administrativo, do gerenciamento da enfermagem. [...]isso prejudica um pouco o desempenho da equipe, sendo que a equipe que deveria resolver seus próprios problemas, ter suas próprias soluções e não dividir com pessoas que não tem a formação para tal cargo! [...]teria que ter esse tempo, teria que ser entrevistado por enfermeiros e não por gerentes administrativos que não conhecem a realidade [...] Aqui é gerente administrativo que escolhe e determina! O que é uma falha e sempre deixei muito claro isso. [...]quem tem capacidade de avaliar a equipe de enfermagem é o enfermeiro! Então isso é uma falha. (Dália)

Percebe-se neste depoimento que o entrevistado sente necessidade da enfermagem ser mais valorizada e respeitada e cita um exemplo ao falar que a coordenação do serviço de enfermagem não é realizada por enfermeiro, mas por uma pessoa da administração sem formação em enfermagem. Diante disso, percebe-se também que falta autonomia aos enfermeiros e evidencia-se a necessidade que estes têm de serem valorizados e reconhecidos por aquilo que fazem e podem fazer. Nota-se que o sujeito entrevistado aponta que os enfermeiros podem contribuir efetivamente para melhorias no serviço, devendo participar da tomada de decisões.

O conceito de autonomia adotado neste trabalho está relacionado à tomada de consciência de que a pessoa tem o poder de decidir sobre suas ações (KRAEMER; DUARTE; KAISER, 2011). O enfermeiro precisa conhecer seu processo de trabalho, ser criativo, flexível, resolutivo e agir pautado no respeito, no conhecimento de evidências científicas. Além do mais, necessita ter compromisso político-social.

Outro exemplo de falta de apoio ao potencial de trabalho dos enfermeiros pode ser percebido nesta fala:

Primeiramente quando forem admitir alguém para o Banco de Olhos, essa pessoa, esse profissional, deveria primeiro ter um tempo de adaptação, de conhecimento. [...]teria que ter esse tempo, teria que ser entrevistado por enfermeiros e não por gerentes administrativos sem formação em enfermagem e ainda sem conhecimento da realidade do trabalho que não conhecem a realidade. [...]quem tem capacidade de avaliar a equipe de enfermagem é o enfermeiro! (Dália)

A falta de autonomia do enfermeiro é percebida através de outro exemplo, no caso, o processo de seleção para o trabalho de enfermagem no Banco de Olhos. O fato da seleção para a composição da equipe de enfermagem não ser realizada por enfermeiros é sério e merece considerações e transformações. Esta situação precisa ser discutida com a direção do serviço, pois isso cabe aos enfermeiros, que devem saber qual o perfil de profissional desejam para atuar nas equipes de enfermagem e precisam reivindicar esta autonomia.

A falta de autonomia está diretamente relacionada à falta de valorização dos trabalhadores, podendo gerar sentimentos negativos a respeito do trabalho e da autoestima dos atores sociais envolvidos. Conseqüentemente podem ocorrer estresse organizacional, baixa produtividade, baixa qualidade do trabalho e insatisfação dos trabalhadores com a instituição (HANZELMANN; PASSOS, 2010).

A falta de autonomia dos enfermeiros foi bastante destacada nas entrevistas. Reconhece-se que o sofrimento é inerente ao ambiente laboral e as formas de organização do trabalho associadas aos modos de gestão exercem grande influência sobre o modo de trabalhar e sobre a saúde do trabalhador. Quando o trabalhador não tem autonomia e controle do seu processo de trabalho, geram-se desconforto e desprazer, acarretando em danos à saúde física e psíquica (DEJOURS, 1986).

Nota-se uma contradição no serviço de transplantes nas diferentes regiões do estado no que diz respeito à gestão e processos de trabalho que envolvem os enfermeiros dos distintos Bancos de Olhos. Pergunta-se diante disso: estes serviços passam por momentos evolutivos diferentes no processo de trabalho? Qual(ais) a(s) explicação(ões) para diferentes modos de gestão dos serviços nas centrais regionais do estado e /ou Bancos de Olhos? Qual o modo de gestão defendido pela direção geral do MG Transplantes? O quanto interfere a natureza da instituição a que está atrelada o Banco de Olhos nos processos de trabalho e autonomia dos profissionais? Estas são algumas das questões para reflexão que esta pesquisa tem levantado para o entendimento de diferentes inserções do enfermeiro nos Bancos de Olhos do estado.

A relação no setor saúde precisa transcender a competência técnico-científico-política dos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de competências nas relações interpessoais pautadas no respeito ao ser humano, enquanto sujeitos sociais singulares.

O posicionamento dos enfermeiros neste cenário demanda reflexão, pensamento crítico e aquisição de outras habilidades de forma a definir suas atribuições e garantir seu espaço na equipe que atua no Banco de Olhos. A enfermagem precisa enfrentar resistências diante da hegemonia médica nos sistemas de saúde, e isso não é diferente em se tratando da

inserção na política de doação e transplantes no país e estado (CORRADI; SILVA, 2008; SILVA; MENDONÇA; COSTA, 2005).

Outra questão que merece atenção é a necessidade de melhor acompanhamento dos processos pelas lideranças. Isto fica explícito na fala seguinte:

[...]as lideranças, as pessoas maiores, os diretores mesmo, eles deveriam estar mais próximos acompanhando os processos, o início do processo mesmo, acompanhar pra ver onde estão estas falhas para enxergar melhor isso. (Camélia)

Este enfermeiro menciona que as pessoas que dirigem o serviço deveriam estar mais próximas dos processos a fim de observar as falhas e as necessidades do serviço, demonstrando que a avaliação do processo, que é uma etapa fundamental do planejamento e gestão, encontra-se fragilizada. Esta aproximação é muito importante para o bom andamento do serviço. Quando os gestores acompanham os processos de trabalho de perto têm melhores condições de intervir na prática e tentar contornar situações adversas, traçando planos de ação visando melhorias nos processos de trabalho.

Apesar dos avanços tecnológicos alcançados sempre haverá a necessidade maior de orientação das pessoas para alcançarem metas. Isto só é possível quando as pessoas com poder decisório conhecem profundamente os colaboradores e os processos envolvidos no trabalho. Corroboramos com Balsanelli e Cunha (2006) diante da afirmação de que o capital humano continua sendo o maior bem de uma empresa.

Outro apontamento realizado diz respeito à falta de abertura a melhorias dentro do serviço e na política instituída, o que provoca incômodo no sujeito entrevistado. Diante disso, o mesmo fica tolhido de exercer plenamente o que lhe compete, conforme percebido na fala destacada a seguir:

[...] sinto-me incomodada no sentido que eu poderia estar fazendo mais. Eu estou sendo paga a mais para uma coisa sendo feita igual. Existem muitas coisas que poderiam estar sendo feitas no sentido de expansão, de estatística, de demonstração de dados, de análise de indicador, de coisa que o enfermeiro poderia fazer para mostrar que o trabalho é de qualidade. Fazer padronização de atendimento. É nesse sentido que o enfermeiro consegue, o MG em si, a CNCDO vai ter uma visão melhor. (Camélia)

Neste relato pode-se perceber outro desconforto do enfermeiro diante de sua atuação e, também, com a falta de padronização no serviço. O profissional reconhece que o trabalho

desenvolvido é incipiente diante das potencialidades existentes, chegando a ser confundida sua atuação com a esperada para o técnico de enfermagem.

A enfermagem, definida como prática social historicamente construída permanece envolta por inúmeras atribuições o que gera, muitas vezes, conflitos de papéis entre enfermeiros e técnicos e auxiliares de enfermagem (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

No contexto das práticas em saúde o enfermeiro desenvolve quatro atividades essenciais: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. Cabe ressaltar aqui que as atividades gerenciais não são realizadas por todos os profissionais da enfermagem, e sim, pelo enfermeiro. Mesmo assim, conforme afirmado por D. S. Backes e outros (2008) não raro, a atuação do enfermeiro é confundida com a dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Pelo fato do enfermeiro ainda estar muito associado às atividades burocráticas, muitas vezes suas atividades são confundidas com as dos outros profissionais de enfermagem. Portanto, mudanças são necessárias em relação às reflexões e práticas dos enfermeiros no sentido de sua atuação não se tornar mecanizada e acrítica e contribuir para o reconhecimento dos diferentes papéis e à valorização dos profissionais (BACKES, D. S. et al., 2008). Essas mudanças, além de necessárias, são factíveis, pois compreender a enfermagem como uma prática social significa compreendê-la como uma profissão dinâmica, sujeita a reflexões e transformações (TREZZA; SANTOS; LEITE, 2008).

Infelizmente o enfermeiro muitas vezes não é visto como profissional do cuidado por ficar, não raro, afastado da assistência direta aos pacientes e isso persiste como desafio à profissão. Sabe-se que o movimento de transformação não depende apenas da vontade do sujeito, sendo construído continuamente num processo de interação entre os atores sociais envolvidos (BACKES, D. S. et al., 2008; RESCK; GOMES, 2008).

Diante da falta de autonomia e de outras dificuldades enfrentadas na atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, algumas mudanças no serviço são propostas e reconhece-se que gestão se faz diariamente:

[...]mudaria, por exemplo, dando autonomia plena ao coordenador da enfermagem, que seja um enfermeiro. [...]o diálogo direto, o dia a dia. Porque gestão se faz diariamente. As correções têm que ser feitas diariamente e não quando a coisa se torna mais grave, a gente tem que evitar o maior desde que a gente já amenize o menor. [...]a questão da valorização, a questão de complementar o quadro de enfermagem, de recursos humanos, melhorar as condições, instrumentais. [...] isso tudo seria um ponto positivo para que o trabalho caminhasse e ficasse um pouco mais leve. (Dália)

O enfermeiro deve ter autonomia sobre seu trabalho e sobre o processo de trabalho da equipe de enfermagem sob sua supervisão, de modo que investir no desenvolvimento e na recompensa de enfermeiros líderes, além de tudo, é uma estratégia para aumentar a qualidade do serviço e investimento no relacionamento da equipe multiprofissional (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

Geralmente o enfermeiro acaba por fazer uma conexão entre a equipe de enfermagem e os outros profissionais do serviço, pois está presente na rotina de trabalho do Banco de Olhos e devido à própria formação acadêmica. É importante que os profissionais que ocupam cargo de gerência (interna ou externa ao Banco de Olhos) desenvolvam espaços para debates, troca de experiências e conhecimento científico, além de planejarem o trabalho de acordo com metas desenvolvidas juntamente com a equipe de trabalho.

Como isso não ocorre, o enfermeiro depara-se, então, com essa relação dialética entre o “dever-ser” e o “ser-de-fato” dentro do exercício do seu trabalho e a superação dos limites impostos aos enfermeiros gera experiências conflitantes no desempenho do seu trabalho. Diante disso, podemos buscar relacionar esta limitação imposta à enfermagem nos Bancos de Olhos com a apreensão da dinâmica social nos serviços de saúde, onde persistem contradições e desafios a serem vencidos.

É preciso não perder o foco dentro das instituições, valorizando o capital humano existente. Por isso, as tomadas de decisões precisam ser pautadas na ética, na legislação e no humanismo. A objetividade e a subjetividade precisam ser consideradas quando se analisa o trabalho em saúde, pois interferem e sofrem interferência no contexto micro e macro do processo de trabalho.

A liderança pela autoridade tem mostrado ser mais eficiente do que a liderança pelo poder e a relação dialógica entre os trabalhadores deve prevalecer em detrimento das relações de poder, hierarquizadas. Deste modo, podemos almejar resultados mais otimistas nas relações pessoais e de trabalho (BACKES, D. S. et al., 2008; BALSANELLI; CUNHA, 2006; SOUSA; BARROSO, 2009).

Pode-se concordar com Magnago e outros (2010) quando dizem que a organização do trabalho que cerceia os comportamentos criativos enfraquece a atividade mental e coloca o corpo do trabalhador em risco. Esta afirmação é bastante significativa, pois demonstra o potencial para desastre na vida do trabalhador e, conseqüentemente, na qualidade do seu trabalho quando a organização do trabalho limita seus pensamentos e ações. Atitudes autocráticas reduzem a capacidade de trabalhar e buscar soluções em equipe.

Esses autores seguem afirmando que medidas devem ser implementadas visando reduzir o desgaste psicológico proveniente do trabalho, bem como estratégias para aumentar a flexibilidade no trabalho e a autonomia dos trabalhadores de enfermagem- competências estas dos gestores, dos trabalhadores da enfermagem e dos pesquisadores. Em vista disso, sugere-se a adoção de modelos teóricos organizacionais mais modernos como: gestão participativa, (re) conhecimento das situações de risco presentes no ambiente laboral e o desenvolvimento de pesquisas no campo da saúde do trabalhador dentro dos serviços relacionados à doação e transplante de órgãos e tecidos (MAGNAGO et al., 2010).

Alguns sujeitos entrevistados enfatizaram a importância de ter uma equipe de enfermagem com o número de profissionais necessários ao bom andamento do serviço e a necessidade de investimentos nas condições dos materiais e equipamentos disponibilizados para o trabalho. Esta falta de profissionais foi abordada por outros enfermeiros quando questionados sobre as dificuldades encontradas no trabalho em Banco de Olhos conforme as falas destacadas:

A questão de recursos humanos aqui está escasso e isso vem sobrecarregando as pessoas e levando a alguns estresses devido à sobrecarga de trabalho. Quando um funcionário da equipe tira férias ou está de licença médica ou falta por algum motivo ou outro, isso sobrecarrega quem está de plantão. (Dália)

A dificuldade é justamente essa: ta com pouco pessoal na escala [...] Tinham alguns contratos vencendo que, infelizmente, eles não podem ficar, então tiveram que sair. A gente passou e está passando ainda [...]a gente gostaria que perdesse ninguém. A gente queria que a equipe se mantivesse apesar de entender que os contratos, eles não vão poder ficar. Agora, não é aqui[...] É em toda a rede FHEMIG, mesmo. Então a maior dificuldade é lidar com essa perda de pessoal. É gente que é de muito valor dentro da equipe, que a gente não queria que eles saíssem. (Azaleia)

Um dos sujeitos fala sobre o déficit de profissionais no serviço, o que resulta na sobrecarga horária de trabalho.

[...] é um setor que apesar dele não ter demanda, a responsabilidade é muito grande. A gente tem o sobreaviso, tem que ficar à disposição 24 horas na tua semana e tudo que acontecer você é a responsável. [...]é um setor que você tem que gostar porque senão você não consegue. [...] A dificuldade do Banco de Olhos é a carga horária. Você fica à disposição 24 horas. Às vezes ta cansada, você tem que vim. A gente já pediu mais um técnico, que ta vendo se vai vim. (Flor-de-lis)

Diante do exposto observa-se que o enfermeiro tem uma responsabilidade muito grande e precisa ficar à disposição do serviço por tempo prolongado devido ao déficit de profissionais no serviço. Relata que mesmo cansado precisa desempenhar as atividades e anseia pela adequação do número de profissionais no serviço.

A dificuldade relacionada ao déficit de trabalhadores parece existir devido ao fato de alguns Bancos de Olhos estarem vinculados à FHEMIG e atuarem em consonância com as diretrizes definidas pela SES e outros estarem vinculados a hospitais universitários (universidades públicas), ou seja, os Bancos de Olhos de Minas Gerais estão diretamente ligados ao serviço público, o que traz alguns transtornos em relação à contratação e nomeação de trabalhadores.

Problemas que podem sobrevir no serviço público são apontados por Silva e Ferreira (2008) como o fato dos concursos públicos não levarem em consideração as experiências e a especialidade dos trabalhadores, podendo levar à qualidade aquém do necessário devido ao número de novatos e pessoas inexperientes. Outro ponto a ser destacado é que a falta de profissionais ocorre como consequência de falhas na organização do trabalho provocando, por vezes, perda na qualidade e quantidade de trabalho (VIEIRA; KURCGANT, 2010).

É sabido que aumentou o número de trabalhadores no serviço público em nosso país, mas persiste o *déficit* de servidores públicos, o que mostra limitações e contradições e constitui um problema grave e um desafio à consolidação do SUS (SANTOS FILHO, 2012). Portanto, é notória a falta de governabilidade do enfermeiro, principalmente em instituições públicas, com relação à reposição/ampliação do quadro de recursos humanos de enfermagem, mas precisamos buscar estratégias para o dimensionamento de pessoal, especialmente visando o desenvolvimento de atividades com qualidade e para que os profissionais não fiquem sobrecarregados e desmotivados. Diante disso, precisam ser garantidas políticas e ações que permitam o desenvolvimento pessoal e profissional do trabalhador e estimulem condições de trabalho adequadas, além de movimentos para melhor formação política do enfermeiro (ASSUNÇÃO; MACHADO; ARAÚJO, 2012).

Acredita-se que não é só isso que explica a falta de profissionais nos Bancos de Olhos. Este pensamento é reforçado por uma das falas de um sujeito desta pesquisa ao ser questionado sobre a atitude dos profissionais do Banco de Olhos diante da inexistência de enfermeiro diretamente no serviço.

[...]as pessoas que atuam no Banco de Olhos questionam [...] Mas geralmente eu converso com a X (cita nome de uma profissional). [...]tinha que ter mais pessoas, acaba que a gente fica sobrecarregada. Mas eles também nunca, formalizaram essa solicitação. Eles nunca mandaram documento falando que têm essa necessidade. Acaba que fica só na conversa. (Estrelícia)

A falta de atitudes dos profissionais deste serviço contribui para a inércia diante do quadro deficiente de profissionais que atuam no serviço. Não basta reclamar, se ações específicas e formais não forem realizadas buscando a transformação. Ao ser indagado sobre a existência de algum movimento da direção, do departamento no sentido de incluir no quadro de profissionais de saúde o enfermeiro atuando direto no Banco de Olhos, tal entrevistado é categórico:

[...] nesse momento não. (Estrelícia)

Quando se discute o processo de trabalho em saúde é importante abordar dimensionamento de pessoal, condições de trabalho, absenteísmo dentre outros fatores. O primeiro método de planejamento de recursos humanos em Enfermagem é denominado intuitivo e surgiu em torno do século XVII, com Florence Nightingale, pioneira da administração hospitalar e precursora da Enfermagem moderna. Tal modelo baseava-se na subjetividade e considerava a gravidade dos pacientes para definição de tarefas para as trabalhadoras de enfermagem (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Estudos modernos acerca dos recursos humanos em saúde e na enfermagem remontam à década de 1960, mas foi somente nas décadas de 1970-1980 que ganharam força através de abordagens multifacetadas como: a formação profissional, organização social das práticas/trabalho em saúde. Em consequência foram apresentadas iniciativas de classificação dos pacientes quanto ao grau de dependência da enfermagem e o estabelecimento de horas de enfermagem (MAGALHÃES; RIBOLDI; DALL'AGNOL, 2009).

Apenas na década de 1990 órgãos oficiais da enfermagem e saúde no Brasil apresentaram metodologias de cálculo de pessoal em enfermagem. As Resoluções Cofen n. 189, de 25 de março de 1996 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1996a) e n. 293, de 21 de setembro de 2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004b) estabeleceram os primeiros parâmetros oficiais para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde e assemelhados. Certamente ocorreram avanços no

dimensionamento, porém alguns cenários de atuação de enfermagem carecem de estudos e fundamentação para a realização do dimensionamento.

A Resolução do Cofen n. 293, de 21 de setembro de 2004 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004b) estabelece que o dimensionamento e a adequação quantitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se nas características relacionadas à instituição (políticas institucionais, porte, tipo de serviço prestado, tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoa, dentre outras), ao serviço de enfermagem – modelo gerencial; modelo assistencial; métodos de trabalho; jornada de trabalho; carga horária semanal, fundamentação legal do exercício profissional Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1993), etc. – e à clientela (sistema de classificação de pacientes, realidade sociocultural e econômica). Além disso, o quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido de um índice de segurança técnica (IST) não inferior a 15% do total para cobrir as ausências previstas e não previstas (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004b).

As Resoluções não deixam claro alguns aspectos do dimensionamento de pessoal para cenários de prática não tradicionais, como é o caso do Banco de Olhos e outros serviços. Há que se considerar que o dimensionamento de pessoal de enfermagem implica diretamente nas competências dos profissionais dos serviços, provocando prejuízo na qualidade do serviço realizado e ainda tem sido considerado um desafio diante da complexidade do trabalho da enfermagem, dos avanços tecnológicos e dos diferentes cenários de prática da enfermagem (MAYA; SIMÕES, 2011).

Cabe ressaltar que as diretrizes que existem tratam, principalmente, da atenção hospitalar e que, embora o BTOC funcione dentro de instituição hospitalar, as atividades são bastante específicas e não se enquadram nos modelos de dimensionamento conhecidos e preconizados no país. Entretanto persiste o dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem como desafio no mundo contemporâneo e pesquisas precisam ser desenvolvidas no sentido de propor novas metodologias de dimensionamento de pessoal adequadas às diferentes realidades de trabalho.

Outra dificuldade enfrentada pelos enfermeiros diz respeito à qualidade dos materiais necessários ao desenvolvimento das atividades do serviço. O exemplo a seguir demonstra a dificuldade encontrada em relação à qualidade do material que têm à disposição:

Como todo serviço público, material está sempre com péssima qualidade, a gente tem que 'fazer mágica', muitas vezes, para que dê certo. (Begônia)

Sabe-se que a importância dada à qualidade dos materiais adquiridos e colocados à disposição dos trabalhadores tem relação direta com a qualidade do serviço prestado. Portanto, os serviços de saúde precisam dedicar-se ao gerenciamento de materiais, de modo a assegurar a existência de materiais em quantidade e qualidade adequadas para as atividades trabalhistas (FERNANDES DE AGUIAR et al., 2010; HONÓRIO; ALBUQUERQUE, 2005).

Este tem mostrado ser um nó nos serviços públicos, onde se sabe que, na maioria das vezes, o custo prevalece sobre a qualidade do material adquirido para a prestação dos serviços, o que leva a prejuízos aos trabalhadores e àqueles que necessitam do trabalho dos servidores públicos.

Uma das alternativas apresentadas para assegurar a qualidade adequada do material é a inclusão nos editais de compras dos aspectos da habilitação técnica dos licitantes e de qualificação dos produtos, com a padronização dos laudos de qualidade para que seja assegurada a qualidade dos materiais adquiridos no serviço público.

Outro depoimento denota a dificuldade que os serviços têm diante da modalidade de aquisição/gestão do processo no que diz respeito à necessidade de compra e/ou reposição de materiais:

[...]a gente aqui tem algumas dificuldades de compra de materiais, de reposição de materiais. A gente está numa instituição pública e muitas vezes tem que contar com o conhecimento, com a experiência para que não cause danos maiores devido às falhas, instrumentais. (Dália)

A aquisição de produtos pela administração pública envolve diversos procedimentos que têm como meta princípios constitucionais como a legalidade, a isonomia, a impessoalidade, a moralidade, a publicidade, probidade administrativa, competitividade, padronização dentre outros. De modo que as empresas que pretendem fornecer produtos devem atender às especificações legais necessárias (constantes no edital) e a administração pública selecionará a oferta mais vantajosa, conforme delimitado na Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993 (BRASIL, 1993).

Dentre os critérios avaliados, o critério “menor preço” é comumente mais utilizado, o que implica na aquisição de materiais/produtos que por vezes não têm boa qualidade. Sendo assim, o trabalhador não tem controle da qualidade do produto disponibilizado, o que muitas

vezes traz prejuízos ao serviço e desgastes ao trabalhador (LUIZA; CASTRO; NUNES, 1999).

Outras dificuldades são relatadas pelos entrevistados no que diz respeito aos gestores do serviço de doação no estado. Esta dificuldade possa ser resumida na descrição apresentada em uma das falas.

[...]existem pessoas, às vezes até superiores que estão um pouco engessadas na abertura, de melhorias, inovação e tal. Então quando tem pessoas com a cabeça mais fechada, não tem abertura [...] Eu entendo que um serviço para melhorar você tem que testar as melhorias, desde que tenha condição de testar estas inovações, estas melhorias. Mas quando o serviço é engessado aí não tem abertura para que isso melhore. Então isso fica aí [...] Fica fechado e não tem jeito. [...] Estou há pouco tempo aqui e já deu para perceber que é bem “engessado” e que não tem jeito de você introduzir as coisas, fazer mudanças. Você não vai resolver! Não adianta você pensar “nossa! Eu vou fazer isso, isso, isso...” porque está engessado e não tem jeito de abrir. (Camélia)

Este entrevistado descreve o serviço como sendo “engessado”, referindo-se à rigidez empreendida pelo modelo de gestão do processo de trabalho. Um serviço que não apresenta abertura a mudanças e inovações e tampouco valoriza os conhecimentos, habilidades e atitudes dos trabalhadores mostrando-se ser realmente “engessado”. Corroboramos com Sousa e Barroso (2009) quando afirmam que o questionamento de paradigmas é necessário para superação da inércia em um mundo em constante evolução. É uma pena que algumas lideranças ainda restrinjam o potencial de trabalho da equipe. Isso só traz prejuízos ao serviço.

Percebe-se neste depoimento que os trabalhadores sentem-se tolhidos diante das possibilidades de mudança. Conforme destacado por Silva, Gomes e Anselmi (1993), novos modelos assistenciais demandam profissionais críticos, detentores de conhecimento técnico, político e das dimensões sociais, culturais, familiares, econômicas, dentre outras.

Defende-se, a partir desta análise que a enfermagem precisa libertar-se de ideias absolutistas e considerar as práticas dos trabalhadores de modo a democratizar a vida organizacional. O processo de trabalho não se encontra pronto, acabado, mas em construção. As mudanças são certas no mundo moderno. Faz-se necessário descobrir alternativas às ações desenvolvidas, de modo a requalificar os profissionais e o serviço buscando melhoria contínua e impactos mais palpáveis na política de doação de córneas.

Uma forma de se conhecer a modalidade de funcionamento das organizações e, a partir daí, realizar planejamento é através da delimitação de medidas do desempenho. Por meio delas pode-se avaliar a “saúde organizacional” e definir estratégias para melhor

desempenho, em interface com os recursos e processos existentes. As medidas de desempenho devem ser utilizadas como indicadores do processo de trabalho e não como meros julgamentos (CARVALHO, FREIRE E BOSI, 2009, MUNHOZ; RAMOS; CUNHA, 2008). Com a definição de indicadores de desempenho e o acompanhamento destes pode-se vislumbrar o serviço realizado e identificar os pontos fortes e fracos dos processos, o que permite traçar planos para resolução dos problemas e potencializar os pontos positivos.

Outra estratégia para o desenvolvimento dos serviços é a implantação da política de humanização, valorizando o que se tem de maior valor: os trabalhadores e aqueles que recebem nosso serviço. É preciso “humanizar” as relações advindas com o trabalho, iniciando pela abertura dos atores sociais à reflexão crítica e ao ajustamento das organizações no que tange às condições de trabalho. É premente a necessidade de enfrentamento dos problemas relacionados à definição de políticas de valorização do trabalhador. Esta valorização precisa pautar-se no próprio funcionamento dos serviços e das condições de trabalho, respeitando os princípios legais e éticos, demonstrando real interesse para com os atores sociais e com as relações de poder que permeiam as práticas de saúde (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009).

Considera-se a Gestão de Trabalho no SUS (GTS) como sendo a função do Estado de regular o trabalho no setor saúde, considerando o trabalhador como ator social no processo de consolidação do sistema de saúde. A GTS deve ser incorporada na agenda política do Estado brasileiro com vistas a subsidiar o desenvolvimento de competências dos trabalhadores do SUS e uma gerência de pessoal voltada para a necessidade destes.

Alves e Assis (2011) lembram que para que isso aconteça os gestores precisam descentralizar o poder e criar espaços de negociação, dando voz aos trabalhadores dentro do processo de construção do sistema público de saúde brasileiro. Destacam, também, outros problemas no SUS, como a fragmentação do processo de gestão, a perpetuação de práticas corporativistas na indicação dos cargos de direção nos diversos níveis de atenção e tipos de serviços, dentre outros.

Paula (2005) aponta como estratégia um programa de formação e treinamento de administradores públicos, tornando-os sujeitos tecnopolíticos capazes de pesquisar, negociar, aproximar pessoas dentre outras atribuições esperadas de um gestor público. Trata-se de capacitá-los para suas funções, lhes proporcionando visão mais estratégica e participativa diante das demandas do mundo moderno.

Ao ser questionado sobre sua atuação no Banco de Olhos um dos entrevistados afirma não ter enfermeiro atuando diretamente no serviço.

[...] neste hospital não tem um enfermeiro, atualmente não tem um enfermeiro para o Banco de Olhos. (Estrelícia)

Este entrevistado não tem experiência no serviço e fala sobre sua percepção dos elementos dificultadores para o trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos:

[...]as dificuldades comuns que eu percebo até nas técnicas. Elas têm dificuldades às vezes na abordagem, o tempo que elas têm para coletar. Hoje elas registram, comentam que têm algumas dificuldades, pelo tempo que elas têm para abordar a família para depois ir captar. [...] E como é na região, elas saírem daqui de madrugada e terem problema no carro e ter que chegar e coletar, aquela loucura para poder ser dentro do tempo hábil. Então[...] seriam estas mesmas dificuldades. (Estrelícia)

Este relato apresenta as dificuldades que os profissionais do serviço enfrentam para realização da captação de córneas em tempo hábil (até 6 horas após a PCR), considerando o tempo empreendido na abordagem da família, para consentimento da doação, as viagens para outras cidades realizadas muitas vezes durante a madrugada, as intercorrências que vez por outra ocorrem com o transporte.

Ainda sobre a dificuldade ligada à locomoção/logística, cabe destacar o relato de um dos entrevistados:

[...] é a logística, como eu te falei. E também assim, por exemplo, como não tem muitos enfermeiros treinados para enucleação, às vezes tem que sair daqui e se deslocar pra uma cidade longe pra fazer. [...] é a parte mais chata. [...]a gente tem que ficar deslocando toda vez pra fazer. (Girassol)

Outra dificuldade apontada para a atuação do enfermeiro é descrita a seguir:

Não temos um carro à disposição, não. Sempre tem que tá ligando, tem que tá buscando. Isso é um pouco chato, é desgastante. (Girassol)

Nem todos os Bancos de Olhos têm carro à disposição para o transporte dos profissionais e tecidos, o que gera desgaste aos profissionais em situações em que o tempo representa muita coisa, inclusive a possibilidade ou não de captação das córneas, além da interferência na qualidade dos tecidos que são captados e possivelmente preservados e liberados para transplante. Esta mostra ser uma contradição nas condições de infraestrutura nos diferentes Bancos de Olhos do estado.

Outra dificuldade elencada por um entrevistado refere-se à qualidade da abordagem familiar realizada diante da possibilidade de doação de córneas. Esta pauta merece atenção, pois quaisquer intenções de doação são concretizadas somente após esta fase peculiar e complexa.

A dificuldade maior que eu tenho visto no momento é mesmo a abordagem que ta deixando a desejar. [...] a abordagem que o Banco fazia passou para outro serviço, voltou pro Banco e agora é o outro serviço novamente. [...] não desfazendo do trabalho deles, que elas estão muito mais preparadas do que a gente, que elas são psicólogas [...] Não sei. É que o empenho da gente por retirar, por estar mais perto da retirada em si [...]a sede da gente de conseguir a doação, acho que é maior e faz com que o empenho da gente seja maior. (Begônia)

O pedido de doação é muito complexo e exige diversos conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais. Este é um momento ímpar na vida dos familiares do ente falecido, sendo que devem ser feitos esforços para melhorar a quantidade e, sobretudo, a qualidade de entrevistas familiares visando maximizar as doações e contribuir para melhorias na qualidade de vida dos cidadãos que estão na fila de espera aguardando por um transplante de córnea.

Não existem na legislação brasileira especificações das categorias profissionais que podem realizar a abordagem familiar para informar da possibilidade da doação, esclarecer-lhe sobre o processo de doação e solicitar-lhe o consentimento para tal. Contudo, geralmente a abordagem é realizada por membros da equipe de enfermagem, assistentes sociais ou psicólogos, podendo também ser realizada por outros profissionais treinados.

Para tanto são requeridos dos profissionais diversos conhecimentos, por exemplo, questões fisiopatológicas envolvidas, aspectos éticos e morais, legislações vigentes sobre a temática, dentre outros (DALY, 2006). O conhecimento do entrevistador, juntamente com outras habilidades, contribuirá muito para o sucesso da entrevista. Além disso, o conhecimento dos fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar para doação de córneas permite que os profissionais criem estratégias para abordagem, com vistas ao aumento do número de consentimentos (SANTOS; MASSAROLLO, 2011).

Inúmeros fatores são apresentados como causas da não efetivação de doação, mas a entrevista familiar tem sido apontada como a principal etapa no processo de doação (ISSAHO; TENÓRIO; MOREIRA, 2009; SANTOS; MASSAROLLO, 2011). É necessário que os profissionais que realizam abordagem familiar/entrevista, dentre eles os enfermeiros, reconheçam a relevância desta etapa e dediquem-se a conversar com os familiares, dando-lhes

as informações necessárias, tirando suas dúvidas e demonstrando empatia diante da dor apresentada.

Como já foi mencionado anteriormente, inúmeros fatores podem interferir na tomada de decisão da família, por exemplo, a postura do profissional que realiza a abordagem, o momento e o local escolhidos para a realização da entrevista, o contexto da morte, a *causa mortis*, a “aceitação” da morte (no âmbito intelectual e emocional), os sentimentos dos familiares diante do (não) atendimento pelo serviço de saúde ou dos sentimentos experienciados frente à qualidade deste atendimento, crenças de vida, crenças religiosas, (des) conhecimento quanto ao processo de doação e transplante de córnea, (des) confiança no serviço público, a burocracia envolvida, dentre outros fatores (ISSAHO; TENÓRIO; MOREIRA, 2009; JACOBY; JACCARD, 2010; SANTOS; MASSAROLLO, 2011; SQUE et al., 2008).

Nota-se que não são passíveis de controle pelo entrevistador todos os aspectos que facilitam e dificultam a entrevista, mas cabe-lhe buscar conhecê-los e aperfeiçoar a qualidade da entrevista familiar. Independente do consentimento ou recusa, uma assistência digna e humanizada deve ser oferecida aos familiares pelos profissionais que atuam na área de doação de órgãos e tecidos.

É veemente a necessidade dos profissionais se empenharem para modificar as condições de trabalho e práticas de saúde, bem como a necessidade de campanhas para esclarecer a população leiga e os profissionais de saúde quanto aos aspectos médicos e legais relacionados à doação de córneas. A demanda de doações de córnea tem aumentado muito nos últimos anos devido aos avanços nas terapias, porém a escassez de córneas mostra ser uma limitação aos transplantes (ISSAHO; TENÓRIO; MOREIRA, 2009; JACOBY; JACCARD, 2010; LÓPEZ-MONTESINOS et al., 2010; MANUEL; SOLBERG; MACDONALD, 2010).

A falta de campanhas sobre doação de córneas foi elencada por sujeitos desta pesquisa como sendo um fator dificultador do trabalho. Quando falava sobre a política de transplantes em nosso país, alguns entrevistados reconhecem que houve avanços, mas que ainda são pequenos diante do potencial existente.

[...] sobre a política de Transplantes no país é muito fraca ainda [...] É preciso muita campanha, ainda existe um número muito pequeno de doação. [...] múltiplos órgãos principalmente, acaba afetando a gente. E agora córnea a gente consegue um número maior, mas é muito fraco. (Begônia)

Eu vou te falar pela nossa realidade. Eu acho extremamente precária. Nós ficamos muito tempo sem a CIHDOTT, [...] ficou sem enfermeiro, ficou sem psicólogo. Aí a CIHDOTT foi reformulada no começo desse ano de 2012. Então ficou um longo período sem enfermeiro, sem a referência. [...]no Brasil, hoje [...]ainda não é uma coisa que consegue, pelo menos eu estou falando da nossa região, é uma coisa que não consegue envolver todo mundo.[...] acho que é geral, que é do nosso país. [...] pelos dados que eu já vi até no último evento que eu participei, a gente transplanta muito pouco em relação a outros países. (Estrelícia)

Nesta fala destaca-se a dificuldade que o sistema de doação e transplantes enfrenta diante das (des) estruturas das CIHDOTTs. Além desta deficiência, já abordada anteriormente, este entrevistado destaca que o sistema de transplantes não consegue “envolver todo mundo”.

Temos observado que o número de transplantes realizados ainda é pouco diante da demanda de órgãos e tecidos e do potencial que existe para aumentar os índices de doação e transplantes realizados. No mês de março de 2012 foram contabilizados os pacientes ativos na lista de espera para transplantes de córnea no país e nos estados, sendo que no país há 8.682 pacientes aguardando transplante de córnea e no estado de Minas Gerais há 371 pacientes. Estes números são bastante expressivos se considerarmos os números de transplantes de córneas por milhão de população por ano (pmp/ano) durante o primeiro trimestre de 2012 em nosso país e estado- 81,9 pmp/ano e 78,2 pmp/ano, respectivamente. Estes dados demonstram a necessidade de investimentos na política de doação de transplantes de córneas, sobretudo de informação e sensibilização da população (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS, 2012).

Outros entraves elencados dizem respeito à falta de esclarecimento que a população tem sobre morte encefálica, como se pode observar neste depoimento:

Eu sou plantonista de uma UTI, às vezes no final de semana, à noite, esporadicamente eu estou lá. Aí eu faço o outro lado que é quando a gente tem a morte encefálica. Aí é tudo difícil, a família, eles não têm esclarecimento até hoje, a gente perde muita doação. Teria que ser uma coisa maior. [...] hoje ainda é muito deficiente. (Estrelícia)

O tema de doação de órgãos não recebe o destaque que merece nos diversos meios de comunicação e cenários de práticas profissionais e a desinformação ou informações equivocadas geram ansiedade, medo e desconfiança em muitos familiares de pacientes. Além desta questão, aborda a dificuldade para doação de órgãos e tecidos gerada pela burocracia envolvida nos casos de potenciais doadores em morte encefálica e a dificuldade enfrentada

diante da estrutura das instituições, citando como exemplo a ausência de profissionais para realizar o diagnóstico de morte encefálica.

[...]as regras que nós temos para transplantes também limitam totalmente [...] você tem certeza que o paciente está em morte encefálica e aí tem uma coisinha e a gente acaba perdendo uma doação por uma série de coisas que são muito minuciosas. [...] é muito difícil. A demora que a gente tem aqui hoje para diagnosticar, “ah, o neuroclínico não está no setor”. [...]é muita dificuldade. Eu não sei a realidade das outras cidades, mas eu acho muito difícil, muito difícil mesmo. (Estrelícia)

A mídia desempenha papel de destaque nos processos de produção de sentidos e subjetividades sobre saúde e doença e deve ser mais bem utilizada pelo poder público para campanhas de esclarecimentos e sensibilização da população sobre aspectos relativos à doação e transplantes de córneas (MENEGON, 2008).

Ademais, a educação em saúde para o público é uma das tarefas essenciais dos profissionais da saúde, dentre eles os da enfermagem. É através da educação que podemos contribuir para transformações sociais necessárias, como o aumento no número de doação de córneas. A desinformação ou a informação equivocada sobre o processo de doação mostram-se presentes em nossa sociedade e contribuem para os números de doações e transplantes de córneas vislumbrados.

Na perspectiva dialética estas ações promovem transformações na sociedade. A partir do momento em que a sociedade é instruída, ela se transforma, podendo tomar decisões conscientes e tornar-se multiplicadora de informações. Cidadãos instruídos são capazes de participar, intervir e modificar o sistema social.

É o caso do modelo espanhol de política e ações na área de doação e transplante de órgãos e tecidos. Este modelo é exemplo para todo o mundo. Muito progresso foi obtido na Espanha a partir da política adotada, sendo que atualmente é o país com o maior índice de doadores no mundo.

Nada de extravagante foi realizado na Espanha, sendo que o maior investimento foi em coordenadores hospitalares- profissionais treinados para aumentar e agilizar a detecção de óbitos por parada cardiorrespiratória ou morte encefálica nos serviços e com treinamento adequado para realização de manutenção dos potenciais doadores de múltiplos órgãos e tecidos, além de abordagem familiar. Tal conduta está diretamente relacionada à viabilidade dos órgãos e tecidos para transplantes no que se refere à quantidade e qualidade. Portanto, o coordenador de transplantes é a peça central do sistema espanhol. Outro investimento

importante é a sensibilização da sociedade sobre a doação de órgãos e tecidos (ERTIN et al., 2010).

O modelo espanhol é um exemplo do sucesso que pode ser conseguido a partir do diagnóstico das facilidades, dificuldades e potencialidades do país, planejamento da política de transplantes a nível nacional, melhor organização dos serviços e abordagem mais humanista para as questões relativas à doação de órgãos e tecidos. Essa realidade reforça que a educação da população pode gerar além de esclarecimentos, maior segurança em relação à política pública de transplantes e permitirá escolhas informadas, promovendo um aumento no índice de doação de córneas.

Certamente existem diversos canais de comunicação que podem e devem ser usados para a realização de campanhas. Dentre estes, um estudo mostrou que a televisão foi o meio de divulgação mais lembrado pela população estudada e que ela deve ser usada como aliada nas campanhas sobre doação e transplantes de córneas (ISSAHO; TENÓRIO; MOREIRA, 2009).

Verifica-se que o trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos é posto entre conflitos e contradições múltiplos dentro do contexto político-econômico em que está inserido e a análise do trabalho dos enfermeiros aponta desafios à profissão. Desafios estes que devem ser reconhecidos e vencidos por meio de perícia técnica e gerencial, ética, vontade, conhecimento de aspectos políticos da realidade social e de pesquisas.

À luz da dialética o que deve ser considerado significativo não são apenas as semelhanças, mas, sobretudo, as diferenças, os elementos de ruptura, de descontinuidade. É a partir das diferenças que possibilidades podem ser vislumbradas e os limites superados.

A saúde física e psíquica dos trabalhadores de enfermagem entrevistados está sob risco em vista dos desajustes e contradições identificados nesta pesquisa como falta de condições de trabalho, condições de materiais, recurso humano escasso, relações hierárquicas conflituosas, dentre outras. O sentimento de insatisfação do trabalhador de enfermagem pode ser percebido nas falas dos entrevistados sobre ausência de valorização profissional e de autonomia do enfermeiro e referência às relações de poder estabelecidas no contexto laboral.

Compreende-se ao analisar os resultados obtidos, que os conflitos no exercício do trabalho do enfermeiro apareceram sob diferentes manifestações e envolvem desde os recursos materiais disponíveis até relações hierárquicas conflituosas. Por isso, procuramos conhecer e compreender os modos de ser e de atuar dos enfermeiros dos Bancos de Olhos, a partir dos discursos dos entrevistados.

Os discursos mostram que os enfermeiros consideram-se membros responsáveis pelo serviço de enfermagem e pela integração da equipe, mas se sentem tolhidos diante das estruturas políticas presentes, indo sua atuação até certo limite (limite imposto pelos gestores do serviço) o que realça as disparidades e os poderes entre os diversos atores no contexto da política de doação e transplante de córneas no estado. Esta discussão é muito pertinente dentro da perspectiva do materialismo histórico que busca dar sentido e compreender os fatores envolvidos no processo de trabalho e seu impacto sobre o trabalhador.

Os achados desta pesquisa mostram que o princípio da integralidade e a humanização em saúde ainda estão ausentes dentro de algumas (senão muitas) políticas do SUS tanto nas microrrelações (que ocorrem nos serviços de saúde) como nas macrorrelações (FLEURY, 2007; SANTOS; MASSAROLLO, 2005), como por exemplo, na de transplantes de córnea. As condições de trabalho e a ética não podem ser pensadas de forma descontextualizadas do modelo social posto. Menegon (2008) discorre sobre a análise feita por Deslandes (2004) de textos oficiais do Ministério da Saúde, na qual são apontados quatro eixos discursivos sobre humanização: 1) Oposição à violência presente nos serviços de saúde, como os casos de negligência, maus tratos etc.; 2) Oferta de atendimento de qualidade, associando acolhimento com o uso de tecnologias; 3) Melhoria das condições de trabalho do profissional, demonstrando o cuidado com os trabalhadores e suas condições de trabalho e 4) Ampliação do processo comunicacional, com abertura e diálogo entre os atores sociais (CARVALHO; FREIRE; BOSI, 2009; DESLANDES, 2004; MENEGON, 2008).

Tais eixos podem ser (re) pensados no bojo da política de doação e transplante de córneas estabelecidas no estado e, por conseguinte, no país, de forma a tornar a integralidade e a humanização em saúde como elementos que permeiam e sustentam as práticas de saúde.

5.4 CATEGORIA GERÊNCIA DE ENFERMAGEM EM BANCO DE OLHOS

Como já abordado, a enfermagem está inserida no setor saúde e, assim como este, passou e passa por inúmeras transformações. Historicamente o ensino de enfermagem na graduação foi pautado em um ajuste às exigências do mercado numa aceitação passiva das políticas de cada época. Ainda neste contexto histórico do ensino de enfermagem no Brasil, é importante ressaltar que, em virtude da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da Educação Nacional (BRASIL, 1996b) há inovações e mudanças na educação nacional, onde é prevista

uma reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. O perfil de profissional enfermeiro exigido requer habilidades cognitivas e operacionais sustentadas pela ética e política.

As Diretrizes Curriculares definem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente (BRASIL, 2001d).

O papel do enfermeiro é amplo e nem os próprios enfermeiros conhecem os campos de atuação existentes. Este profissional de enfermagem precisa qualificar-se permanentemente para ocupar os múltiplos espaços de atuação (ITO et al., 2006).

Diante disso é essencial que os enfermeiros assumam os novos papéis requeridos pelo mundo moderno. Uma nova área de atuação é o serviço de enfermagem nos Bancos de Tecidos Oculares Humanos, onde a gerência em enfermagem tem assumido fundamental importância na articulação entre os vários profissionais da equipe, além de organizar o processo de trabalho da enfermagem e promover melhorias na qualidade dos serviços.

Ao analisarmos as entrevistas realizadas notamos que a função gerencial foi a mais destacada pelos sujeitos desta pesquisa ao refletirem sobre sua atuação, principalmente pelas relações e atribuições que se estabelecem no serviço. Esta categoria pretende abordar a gerência de enfermagem nos Bancos de Olhos, algo que é muito exercido, porém pouco conhecido, carecendo de estudos esclarecedores.

O enfermeiro se destaca nos serviços de saúde, pois assume diferentes papéis, dentre eles a gestão do serviço de enfermagem, visto que é o profissional responsável legalmente para assumir a atividade gerencial de enfermagem, a quem compete a coordenação da equipe composta de técnicos e auxiliares. A Lei do Exercício Profissional n. 7.498, de 25 de junho de 1986 determina em seu Art. 11 (BRASIL, 1986):

O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - Privativamente:

[...]

c) planejamento, organização coordenação e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem; (BRASIL, 1986, p. 9274).

A função gerencial do enfermeiro pode ser observada na fala a seguir:

[...] na realidade o enfermeiro é a peça fundamental no Banco de Olhos. Por quê? Porque na realidade quem administra e faz com que o Banco de Olhos funcione bem ou mal é a equipe de enfermagem. Porque nós, na realidade, administramos o Banco de Olhos. (Dália)

Tomando como referência a legislação que subsidia o trabalho do enfermeiro, tem-se a Resolução do Cofen n. 292, de 07 de junho de 2004, que normatiza a atuação do enfermeiro nos transplantes, incumbindo-lhe explicitamente de “planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2004a¹).

Spagnol (2005) reconhece que a função gerencial desempenhada pelo enfermeiro “deve contemplar os aspectos assistencial, pedagógico, técnico-científico e político, bem como aqueles que dizem respeito às relações interpessoais, visando ao planejamento de uma assistência integral, prestada de forma segura e livre de riscos [...]”. Todas estas competências estão engajadas no compartilhamento de informações e conhecimento que o enfermeiro tem do processo de gestão em saúde, de processos sociais que integram ações de coletividade, dos serviços assistenciais, do meio ambiente, da avaliação dos resultados de modo a contribuir para melhorar a qualidade dos serviços (AARESTRUP; TAVARES, 2008).

O termo política ou modo de gestão se refere à forma de conceber e administrar os recursos da produção em uma organização sejam eles recursos humanos, de capital, tecnologias ou outros. Mishima e outros (2000) e Spagnol (2005) relatam que a atividade gerencial é uma ação intencional voltada para a consecução de objetivos, a qual detém caráter articulador e integrativo, sendo determinada e determinante no processo de organização dos serviços de saúde e fundamental para a efetivação de políticas sociais, em específico as da saúde.

Ao serem questionados sobre suas atividades rotineiras de trabalho no Banco de Olhos, os enfermeiros fizeram diversos apontamentos, sendo que a maioria destes converge para a atividade gerencial.

[...] a gente confere o material que vai para o anátomo [os tecidos oculares descartados pelos Bancos de Olhos são encaminhados para laboratório de anatomia patológica], o médico já deixa o material que vai pra anátomo separado, a gente protocola que está enviando e dá baixa nesse material no prontuário [...] confere essa documentação toda do prontuário, se tem algum exame que ainda não chegou, de sorologia [...] se está faltando algum exame. Aí a gente liga para o laboratório, cobra. (Azaleia)

¹ Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>.

Primeiro, a conferência dos equipamentos e materiais necessários para o funcionamento, os check lists de câmeras frias, equipamentos, maletas, o cooler [...] Avaliação de todos os equipamentos e materiais necessários para o funcionamento durante o dia. É aí a gente faz a avaliação no livro de ocorrência, das intercorrências do dia anterior, avaliação, reposição de material.[...] faz o controle dos materiais enviados para o anátomo, montagem dos prontuários. (Camélia)

Primeiro tem a manutenção do setor em si. Então, a gente tem a nossa secretária, tem a equipe, mas a gente supervisiona todo o Banco de Olhos, o funcionamento da geladeira, o funcionamento da câmara de ar, reposição de material. É, então tudo relacionado ao setor entra na nossa rotina lá dentro. Tem a parte, por exemplo, da documentação que a gente tem que encaminhar via fax para o MG [MG Transplantes]. [...] tem córnea que muitas vezes tem que ser descartada por alguma contra indicação. Então a gente faz o descarte. Tem todo aquele protocolo de descarte que a gente também faz. (Girassol)

Verificação do material, encaminhamento de material à Central de Material Esterilizado e toda a parte estrutural da enfermagem, da equipe de enfermagem, dos técnicos de enfermagem [...] (Dália)

A atividade maior nossa é a retirada, a enucleação, mas as nossas atividades são inúmeras, desde todas as administrativas, a distribuição, o acompanhamento junto com os médicos da preservação das córneas, da conferência de materiais, da distribuição, da entrega, da remessa, ah [...] Abastecimento de material. [...] Isso tudo. (Azaleia)

A gente confere todo dia. A gente não fica o tempo todo aqui, porque tem outro setor. Mas vem, dá uma checada na geladeira, vê se ela não desligou, dá uma olhada na capela de fluxo laminar, vê se ta funcionando tudo certinho, anota a temperatura da geladeira. Porque como não tem uma demanda maior, não tem demanda, a gente só atua mesmo quando tem alguma coisa aqui. Do contrário a gente só passa e vê o que tem, se a geladeira ta funcionando, a capela. (Flor-de-lis)

Através de seus conhecimentos, habilidades e atitudes em gerenciamento, a enfermagem é capaz de prover o ambiente adequado à realização de processos de trabalho eficientes e eficazes. Estes relatos confirmam a estrutura organizacional burocratizada, em que a função do enfermeiro está centrada na administração do serviço, nos aspectos que dizem respeito aos recursos humanos, físicos e materiais. Nota-se, também, que muitas das atividades realizadas pelos enfermeiros poderiam ser realizadas pelos técnicos de enfermagem dos serviços, sob a supervisão dos enfermeiros.

A administração se fez presente na atividade dos enfermeiros que atuam em processo de doação/transplante de órgãos/tecidos desde a realização do primeiro transplante em nosso país, em 1965 (um transplante renal), conforme relatos históricos (CINTRA; SANNA, 2005). A administração do serviço nos Bancos de Olhos acaba sendo realizada pelos enfermeiros

destes serviços. Isto é posto por um sujeito da pesquisa ao falar sobre a formação que o enfermeiro tem em administração:

[...] o que seria mesmo a formação do enfermeiro, que é a coordenação do serviço. [...] teria que ser responsabilidade de um enfermeiro. [...] a gente aprende muito bem essa questão da administração na nossa formação. (Estrelícia)

Um dos entrevistados mostrou outras atribuições que recaem sobre o enfermeiro do Banco de Olhos:

A gente confere a organização do setor, limpeza, e confere a documentação toda do prontuário, se tem algum exame que ainda não chegou, de sorologia, se está faltando algum exame. Aí a gente liga para o laboratório, cobra Porque o médico depende destes exames para liberar [...] (Azaleia)

Historicamente a atuação do enfermeiro está fortemente associada à ideia de fazer de tudo um pouco. Neste relato percebe-se isso, pois mostra que os enfermeiros se envolvem com atividades que vão desde orientação da limpeza até as atividades identificadas como complementares ao ato médico. Diante desta realidade, a construção do saber interdisciplinar mostra ser um caminho promissor para vencer a burocracia e a fragmentação do cuidado de enfermagem e à superação desta realidade (BACKES, D. S. et al., 2008).

Outra atividade do enfermeiro no Banco de Olhos diz respeito à confecção de relatórios, citada nestes depoimentos:

[...] a gente ajuda também na questão das estatísticas realizadas aqui no Banco de Olhos. (Camélia)

O nosso Banco de Olhos tem os relatórios mensais que têm que tá mandando, então a gente faz junto com a secretaria também. (Girassol)

Cabe ressaltar que a Resolução n. 347, de 02 de dezembro de 2003 aprova as competências e normas técnicas para o funcionamento do Banco de Olhos, sendo uma delas a manutenção de arquivo próprio com dados de produção ao Sistema Nacional de Transplantes, à Central de Notificação e Distribuição de Órgãos (CNCDO) e à Gerência Geral de Sangue, outros Tecidos, Células e Órgãos - GGSTO, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa (BRASIL, 2003b).

A resolução n. 67 da Anvisa, de 30 de setembro de 2008 regulamenta as atribuições do Banco de Olhos. Dentre as quais podemos citar: entrevistar o familiar do possível doador,

captar córneas doadas, evitar a possibilidade de transmissão de doenças pelo transplante, selecionar tecidos com boa transparência e vitalidade, preservar e armazenar a córnea até que se tenha condições de distribuir o tecido para transplante (BRASIL, 2008).

Deste modo, a confecção de relatórios sobre a produção do Banco de Olhos deve ser realizada e enviada às instâncias governamentais especificadas na legislação. Muitas vezes esta atribuição dos Bancos de Olhos fica sob a responsabilidade dos enfermeiros. A confecção dos relatórios de forma correta permite o conhecimento do panorama de doações e dos serviços dos Bancos de Olhos no país e possibilita a análise de indicadores de cada serviço.

Ainda sobre sua atividade enquanto enfermeiro do Banco de Olhos, alguns sujeitos citaram o recebimento de notificações de óbitos como sendo algo rotineiro:

Notificação dos óbitos [...] Nós somos notificados e fazemos a avaliação se o óbito é ou não possível para doação. (Camélia)

[...]a gente recebe as notificações de óbitos, que às vezes são passadas pelo por outro serviço que também recebe notificação de óbitos e realiza abordagem familiar e às vezes são passadas diretamente pelos plantões de óbito[...]a gente confere [...] (Azaleia)

Vale destacar que todos os óbitos ocorridos em instituições de saúde devem ser notificados ao Banco de Olhos e/ou à CNCDO o mais breve possível. Esta comunicação é de extrema importância para o aumento no número de doações de córneas e o tempo é uma das variáveis que interfere na qualidade do tecido doado. O recebimento das notificações de óbitos e as tomadas de decisões requerem conhecimento técnico-científico e responsabilidade jurídica, sendo, também, uma competência gerencial.

Assim, a sensibilização dos profissionais para a notificação deve ocorrer e os Bancos de Olhos têm papel essencial nesta educação/sensibilização. Além disso, diante do fato das notificações não serem feitas pelas CIHDOTTs e nada acontecer aos hospitais, defende-se que medidas mais veementes precisam ser tomadas pelos dirigentes dos serviços ligados à doação em nosso país. Os profissionais da equipe multidisciplinar precisam reconhecer a importância de comunicar todos os óbitos à CIHDOTTs e as instituições hospitalares precisam estimular o funcionamento delas, fornecendo-lhes as condições necessárias.

Educar também foi uma atribuição dos enfermeiros destacada na pesquisa.

[...] e a parte didática, de ensinar, tirar todas as dificuldades, de ensinar os profissionais aqui a fazer a parte de enucleação. (Dália)

Educação continuada, o hospital teve. [...] teve um tempo atrás que a gente fez educação continuada aqui no hospital sobre doação de córneas especificamente. (Girassol)

O discurso dos participantes da pesquisa sobre suas atividades rotineiras destacam que as funções do enfermeiro vão além das atividades gerenciais e administrativas como conferência de material, encaminhamento de materiais à CME. Reconhece-se, portanto, nos enfermeiros, uma referência em educação. Na primeira fala o enfermeiro faz referência à educação e treinamento de novos profissionais quanto à realização de enucleação. Já no segundo relato o enfermeiro destaca a responsabilidade inerente ao trabalho dos enfermeiros dos Bancos de Olhos no que concerne à educação, sensibilização das pessoas para doação de córneas.

Chama a atenção que, quando questionados sobre as atividades dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, há pouca menção à educação em saúde da população geral e dos profissionais sobre os inúmeros aspectos relacionados à doação e transplante de córneas.

Um dos sujeitos mencionou sua percepção sobre o envolvimento dos profissionais com atividades educativas e sensibilizadoras sobre a temática doação e transplante.

Eu não vejo um trabalho, que seria um papel do enfermeiro, dentro da nossa própria instituição, com relação à doação. Elas não atuam neste sentido hoje, não têm projeto de que “está acontecendo um congresso, uma feira, um congresso de enfermagem. [...] Então vamos pra lá e montar um stand, vamos divulgar dentro da própria enfermagem o que é importante em relação à doação de córnea, de tudo”. [...] isso também não acontece e é uma visão mais do enfermeiro. (Estrelícia)

Além de destacar esta deficiência de ações educativas para doação de córneas este relato destaca a opinião deste sujeito ao dizer que esta visão de educação é “mais do enfermeiro”. Corrobora-se com este sujeito, pois se pensa que faltam campanhas de sensibilização, incentivo e orientação sobre a doação de córnea. Acredita-se que somente através da educação seremos capazes de modificar o panorama estadual e nacional de doação de córneas. A educação precisa ser estimulada pela política de transplantes e deve ser abraçada pelos profissionais que atuam nesta área, de modo que a educação e sensibilização sobre doação constituem desafios na política de doação de córneas.

Um dos enfermeiros fez menção à abordagem familiar para autorização de doação de córnea como sendo, também, uma atividade do enfermeiro e destacou o cuidado que a equipe deve ter neste momento delicado:

[...] abordagem, na falta do serviço que também recebe notificação de óbitos e realiza abordagem familiar [...] abordagem com muito tato, com muito cuidado pra que não se perca a doação [...] (Begônia)

Vale destacar neste relato a preocupação deste sujeito com o modo que a abordagem deve ocorrer. Isto demonstra o cuidado do enfermeiro com a qualidade do serviço e com as relações humanas envolvidas, mostra que o enfermeiro deve ter outras habilidades e competências que não sejam apenas técnicas.

A Resolução n. 347, de 02 de dezembro de 2003 aponta a entrevista familiar como sendo competência atribuída ao Banco de Olhos. Esta mesma RDC aponta a realização de busca ativa de potenciais doadores como outra competência deste serviço (BRASIL, 2003b). Entretanto nas entrevistas realizadas não houve relato de realização de busca ativa pelo Banco de Olhos, ficando esta atividade sob a responsabilidade de outros serviços, também ligados ao MG Transplantes.

A realização de busca ativa de potenciais doadores de córneas é imprescindível dentro dos serviços que atuam com doação de córneas e parece não estar sendo realizada pelos Bancos de Olhos. Diante de tal situação, cabe reflexão sobre as atribuições que competem a estes serviços e sobre a qualidade do serviço prestado à sociedade, quer o mesmo esteja sendo realizado por este ou por outros serviços.

Outra atividade realizada por alguns enfermeiros dos Bancos de Olhos é a preservação de tecidos oculares (córnea e esclera) conforme os relatos destacados:

[...] a gente faz enucleação, de doador de coração parado ou não, de múltiplos órgãos em paciente em morte encefálica e preservação de córnea. [...]a gente preserva, o médico do Banco de Olhos avalia, a gente encaminha para o local que vai ser transplantada. (Flor-de-lis)

Tem a parte da enucleação que a gente faz, tem a parte da preservação. (Girassol)

A legislação brasileira, através da Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004 determina que os profissionais responsáveis pela avaliação e classificação dos tecidos devem ser de nível superior, da área de saúde, com treinamento adequado para essas atividades e devidamente documentado e diz que estes profissionais só poderão atuar sob responsabilidade do responsável técnico pelo Banco de Olhos (BRASIL, 2004a). Portanto, o enfermeiro, quando capacitado para essas atividades poderá realizá-las dentro dos serviços.

A educação sobre doação de córneas e transplantes precisa ser mais valorizada e realizada pelos enfermeiros e pela equipe multiprofissional dos Bancos de Olhos, visto que a

realização de procedimentos técnicos já faz parte da práxis dos enfermeiros, conforme mencionado pelos enfermeiros quando questionados sobre sua rotina de trabalho, por exemplo, a realização de enucleação dos globos oculares.

A atividade maior nossa é a retirada, a enucleação. (Begônia)

É feita a captação, a enucleação que também é responsabilidade nossa.
(Camélia)

A realização de enucleação foi mencionada como uma das atribuições principais dos enfermeiros. Ela pode ser também realizada por técnico de enfermagem, desde que este tenha a habilitação para isso. O que se percebe é que em alguns serviços este procedimento costuma ser realizado por técnicos de enfermagem e não por enfermeiros, cabendo a estes a gerência do serviço, apenas.

Esta fragmentação do cuidado de enfermagem é histórica e relevante na discussão do trabalho da enfermagem. Destaca-se neste estudo a preocupação com a forma pela qual vem ocorrendo a contribuição dos profissionais de enfermagem na organização do próprio trabalho e nos processos de produção nas organizações de saúde visto que a divisão social e técnica do trabalho da enfermagem lhe confere características peculiares dentro do setor saúde. Desse modo, julgou-se necessário realizar uma breve contextualização do trabalho de enfermagem.

A partir da segunda metade do século XIX, com Florence Nightingale, a enfermagem se transformou, buscando racionalizar sua prática. Para tanto, Florence legitima uma hierarquia institucional, preparando enfermeiras para ocuparem posições de chefia, treinando outras para o cuidado propriamente dito, as primeiras sendo denominadas *lady-nurses* por possuírem alta posição social, e as que prestavam o cuidado direto as *nurses*, de nível social inferior. Surge aí uma dicotomia no trabalho da Enfermagem: a separação entre o administrar (das *lady-nurses*) e o cuidar (das *nurses*) (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Esta dicotomia trouxe e ainda traz inúmeras consequências para o desenvolvimento das atividades da profissão, o que, não raro, contribuem para visões fragmentadas dos processos de trabalho e para uma caminhar lento no pensamento crítico necessário ao avanço da profissão.

O trabalho sempre sofreu influências de cada época, sendo que os maiores impactos ocorreram em virtude da primeira e segunda Revoluções Industriais. Em consequência disso, buscou-se melhorar a organização do trabalho. Dentre deste contexto surgiu a Teoria Científica da Administração, cujo maior representante foi Frederick Winslow Taylor (1856 -

1915) que defendia o aumento da produção, a padronização das tarefas, bem como a preocupação com o tempo necessário para desenvolvê-las. Outro teórico da administração, Henry Fayol (1841 -1925) criou a Teoria Clássica da Administração destacando a organização como uma estrutura hierarquizada, estática, que tem como princípios: autoridade, responsabilidade, disciplina, a unidade de comando e direção, além da divisão de tarefas (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Os princípios da Escola Científica e Clássica da Administração foram preconizados por Taylor e Fayol, em meados do século XIX e utilizados inicialmente na organização do trabalho realizado nas indústrias. Contudo, a administração em enfermagem foi mais tarde influenciada por este estilo de gerência que, até hoje, predomina na Enfermagem, sendo marcada por estruturas permanentes e rígidas, com ênfase na divisão do trabalho e descrição dos cargos e procedimentos.

Este estilo de gerência não tem permitido aos trabalhadores da enfermagem criar espaços coletivos de gestão, pois as relações técnicas são valorizadas em detrimento das relações sociais e os trabalhadores são vistos como meros produtores de capital (SPAGNOL, 2005). Porém é notório que o mundo e as organizações passam por inúmeras transformações, o que exige das pessoas a aquisição de diferentes conhecimentos e novas posturas. Há um amplo consenso sobre a necessidade de superar entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos tradicionalmente adotados pelas instituições de saúde, pois o trabalhador tem permanecido distante da organização e da definição das estratégias de trabalho, o que gera fragmentações no processo e uma visão fraca e distorcida do seu trabalho, além de provável queda na qualidade do serviço prestado.

Esta preocupação é tida pelos enfermeiros que atuam no Banco de Olhos, podendo ser percebida nas respostas obtidas para a seguinte questão norteadora: O que você considera prioritário na atuação de enfermagem em Banco de Olhos?

É manter o equilíbrio e a união da equipe. [...] aqui é um trabalho que obrigatoriamente tem que ser feito em equipe, porque são poucos os profissionais que têm esse treinamento para fazer este procedimento que é a enucleação. [...] tem que ser uma equipe muito unida porque não pode ter furo [...] um profissional de fora não pode vir cobrir uma vaga, não pode vir cobrir um furo, uma folga, qualquer coisa. Então é principalmente essa habilidade para trabalhar em equipe, pra fazer com que a equipe esteja sempre motivada, unida. (Azaleia)

Quando questionado sobre as prioridades na atuação dos enfermeiros este entrevistado mencionou a união entre os colaboradores e o trabalho em equipe. Além disso,

ele aborda a especificidade do serviço no Banco de Olhos e diz que não há como remanejar colaboradores de outros setores sem o treinamento adequado.

Este olhar atencioso do enfermeiro contribui tanto para um relacionamento saudável dentro do setor quanto para a produtividade do serviço. Faz parte da atuação do enfermeiro cuidar da relação entre as pessoas envolvidas- familiares doadores de córneas, membros da equipe multiprofissional de saúde e membros da própria equipe de enfermagem. A postura inadequada dos enfermeiros diante dos conflitos, conforme destacado por Sousa e Barroso (2009), pode gerar descontentamento e falta de motivação no grupo, além de contribuir negativamente para a qualidade do trabalho.

Outro entrevistado salientou como prioritária a integração e sincronia da equipe, destacando a necessidade de treinamento.

[...]eu acho que prioridade é a questão de uma equipe bem integrada. [...]o treinamento da equipe [...]a equipe, sendo sincronizada [...]isso é o mais importante. [...]então se eu estou sabendo fazer, o da noite está sabendo fazer, o do dia está sabendo fazer, pra mim isso é uma prioridade porque a equipe tem que estar integrada, tem que fazer tudo igual, tem que ter um padrão. [...]isso é importante. [...]é importante quando você tem um serviço bem padronizado, bem organizado, bem sincronizado, para que todo mundo saiba o seu papel e todo mundo saiba fazer igual ao outro. [...] não tem muita diferença entre o que um faz e o outro faz, pra ser bem uniforme [...] (Camélia)

Este depoimento trata da importância de ter uma equipe bem integrada, sincronizada. Pode-se perceber que ele enfatiza a necessidade de padronização das atividades dentro do setor. Padronizar as atividades é essencial no serviço de modo a favorecer a comunicação entre os colaboradores e manter a qualidade do serviço. Porém a padronização não deve coibir a criatividade, tampouco sobrepor o bom senso dos colaboradores.

Outro enfermeiro destaca como prioridade no serviço a habilidade para lidar com o cadáver e a destreza técnica:

[...] habilidade de saber lidar com o cadáver em si [...]ter uma destreza, uma destreza boa e uma facilidade na punção. (Begônia)

Certamente a habilidade técnica é essencial no processo de enucleação, como também a habilidade em lidar com o cadáver. Esta temática é abordada em categoria específica.

Um dos enfermeiros pesquisados destacou como prioridade no serviço a integração da equipe e a capacitação:

Uma equipe bem coesa, uma equipe bem integrada, faz a diferença em captações, na própria avaliação do paciente, na própria enucleação, na qualidade da enucleação. Então é primordial uma equipe muito coesa, unida, capacitada. (Dália)

O serviço desenvolvido no Banco de Olhos envolve importante complexidade, especificidade e responsabilidade, exigindo que a equipe de enfermagem esteja muito bem treinada, capacitada e atualizada frente aos avanços técnicos, científicos e humanos.

Ao estudar a atuação do enfermeiro no gerenciamento de serviço de transplante, Cintra e Sanna (2005) mostram que este é de grande importância ao considerar o tipo de serviço prestado, a complexidade terapêutica e a responsabilidade social envolvida.

O comprometimento do enfermeiro com o serviço e com a equipe de enfermagem e o bom relacionamento entre os trabalhadores trazem inúmeros benefícios ao serviço. Um enfermeiro afirma ser positivo seu relacionamento com a equipe:

[...]eu tenho facilidade em relacionar com a equipe [...]procuro estar sempre disponível, dando retorno de tudo. Incentivando a equipe, tudo que eu vejo de positivo eu sempre estimulo. (Azaleia)

Pelos princípios de sua formação, o enfermeiro tende a desenvolver, quase que de forma inevitável, habilidades de liderança. Embora a graduação de enfermagem envolva abordagens sobre gerência e liderança os enfermeiros precisam estar cientes da necessidade de desenvolverem conhecimentos e habilidades durante toda a sua vida profissional.

Sobre a gerência do Banco de Olhos e a atuação do enfermeiro neste processo reconhece-se que devem ocorrer avanços. Isto pode ser verificado no trecho destacado a seguir:

[...]tem muita coisa que tem que melhorar, umas partes de direcionamento, de organização [...] as vezes no momento falta mesmo a atuação do enfermeiro. (Camélia)

Através deste relato percebe-se que o entrevistado reconhece a falta da atuação dos enfermeiros e, em vista disso, há necessidade dos mesmos estarem mais envolvidos nas tomadas de decisões e gerenciamento do serviço.

Certa frustração diante de seu serviço no Banco de Olhos pode ser notada a partir de algumas falas dos enfermeiros.

A enfermagem deveria ser um pouco mais respeitada e valorizada [...]é uma situação um pouco difícil [...] a nossa coordenação direta não é feita por enfermeiros e sim por uma administradora [...]fica uma lacuna, na questão da equipe, no processo administrativo, do gerenciamento da enfermagem. [...]isso prejudica um pouco o desempenho da equipe, sendo que a equipe que deveria resolver seus próprios problemas, ter suas próprias soluções e não dividir com pessoas que não tem a formação para tal cargo! [...] primeiramente eu acho que quando forem admitir alguém para o Banco de Olhos, essa pessoa, esse profissional, deveria primeiro ter um tempo de adaptação, de conhecimento [...]teria que ter esse tempo, ser entrevistado por enfermeiros e não por gerentes administrativos que não conhecem a realidade. [...] Eu acho que quem tem capacidade de avaliar a equipe de enfermagem é o enfermeiro! (Dália)

Estes entrevistados sentem necessidade da enfermagem ser mais valorizada e respeitada e um exemplo é citado quando menciona que a coordenação do serviço de enfermagem não é realizada por enfermeiro, mas por uma pessoa da administração sem formação em enfermagem. Percebe-se diante disso, que falta autonomia aos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos de Minas Gerais - o que requer transformações urgentes!

A falta de autonomia de alguns enfermeiros é percebida através de outro exemplo, no caso, o processo de seleção para o trabalho de enfermagem no Banco de Olhos. Esta situação precisa ser discutida com a direção do serviço de modo a transformá-la, pois o enfermeiro deve saber qual o perfil de profissional desejado para atuar nas equipes de enfermagem. Nota-se que não há uniformidade na gestão dos serviços e que os enfermeiros têm autonomia para seu trabalho em alguns Bancos de Olhos e em outros isso não ocorre.

A relação interpessoal no setor saúde precisa transcender a competência técnico-científica- política dos profissionais, sendo necessário o desenvolvimento de competências nas relações interpessoais pautadas no respeito ao ser humano, enquanto sujeitos sociais singulares.

Além disso, o posicionamento dos enfermeiros neste cenário demanda reflexão, pensamento crítico e aquisição de outras habilidades de forma a definir suas atribuições e garantir seu espaço na equipe que atua no Banco de Olhos (CORRADI; SILVA, 2008; SILVA; MENDONÇA; COSTA, 2005).

[...]as lideranças, as pessoas maiores, os diretores mesmo, deveriam estar mais próximos acompanhando os processos, o início do processo, acompanhar pra ver onde estão estas falhas para enxergar melhor isso. (Camélia)

As pessoas que dirigem o serviço deveriam estar mais próximas dos processos a fim de observar as falhas e as necessidades do serviço. Esta aproximação é muito importante para o bom andamento do serviço.

Apesar dos avanços tecnológicos conquistados sempre haverá a necessidade maior de orientação das pessoas para o alcance de metas. Isto só é possível quando as pessoas com poder decisório conhecem profundamente os colaboradores e os processos envolvidos no trabalho e valorizam os trabalhadores (BALSANELLI; CUNHA, 2006).

Ainda outro aspecto relevante é destacado na seguinte fala:

[...]eu poderia estar fazendo mais. Eu estou sendo paga a mais para uma coisa sendo feita igual. Existem muitas coisas que poderiam estar sendo feitas no sentido de expansão, de estatística, de demonstração de dados, de análise de indicador, de coisa que o enfermeiro poderia fazer para mostrar que o trabalho é de qualidade. Fazer padronização de atendimento. [...]nesse sentido o enfermeiro consegue, o MG em si (MG Transplantes), a CNCDO vai ter uma visão melhor. (Camélia)

Em um estudo realizado sobre a atuação dos enfermeiros num serviço de transplante de fígado de um hospital público percebeu-se que o trabalho dos enfermeiros era considerado frustrante e deprimente devido às dificuldades de relacionamento entre os profissionais, pelo fato de não ser permitido ao profissional dar uma contribuição maior ao programa de transplante, além de outros motivos apontados no estudo (MASSAROLLO; KURCGANT, 2000).

Pode-se concluir, então, que a atuação dos enfermeiros nos diferentes serviços relacionados à doação e transplante de órgãos e tecidos precisa ser revista e transformada. Acredita-se que o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem e que o mesmo deve estar antes de tudo, presente nas relações entre os próprios profissionais. Este cuidado deve permear as relações, independente dos níveis hierárquicos existentes na política de transplantes.

Percebe-se nos relatos destacados que o profissional reconhece que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é incipiente diante das potencialidades existentes, chegando ao ponto do papel dos enfermeiros ser confundido com o dos técnicos de enfermagem do serviço.

A enfermagem, definida como prática social historicamente construída permanece envolta por inúmeras atribuições o que gera, muitas vezes, conflitos dos papéis do enfermeiro e dos técnicos e auxiliares de enfermagem. No contexto das práticas em saúde o enfermeiro desenvolve quatro atividades essenciais: o cuidado, a gerência, a educação e a pesquisa. Cabe ressaltar aqui que as atividades gerenciais não são realizadas por todos os profissionais da enfermagem, e sim, pelo enfermeiro.

Diante da falta de autonomia e de outras dificuldades enfrentadas na atuação dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, algumas mudanças são propostas no serviço:

[...] mudaria, por exemplo, dando autonomia plena ao coordenador da enfermagem, que seja um enfermeiro. [...] Porque gestão se faz diariamente. As correções têm que ser feitas diariamente e não quando a coisa se torna mais grave, tem que evitar o maior desde que a gente já amenize o menor. [...] a questão da valorização, a questão de complementar o quadro de enfermagem, de recursos humanos, melhorar as condições, instrumentais. Eu acho que isso tudo seria um ponto positivo para que o trabalho caminhasse e ficasse um pouco mais leve. (Dália)

O enfermeiro deve ter autonomia sobre seu trabalho e sobre a equipe de enfermagem sob sua supervisão, de modo que investir no desenvolvimento e na recompensa de enfermeiros líderes, além de tudo, é uma estratégia para aumentar a qualidade do serviço e investimento no relacionamento da equipe multiprofissional (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

No final desta fala o entrevistado salienta a importância de ter uma equipe de enfermagem com o número de profissionais necessários ao bom andamento do serviço e a necessidade de investimentos nas condições dos materiais e equipamentos disponibilizados para o trabalho.

A questão relacionada ao quadro de profissionais nos Bancos de Olhos de Minas Gerais foi destacada nesta pesquisa em vários momentos no sentido de haver deficiência de técnicos de enfermagem e outras situações como destacado a seguir:

Na verdade eu faço a gerência das duas técnicas de enfermagem que têm nesse Banco de Olhos. [...]o serviço que eu faço hoje para o Banco de Olhos é simplesmente a coordenação da escala de trabalho das duas técnicas de enfermagem. [...] e a única responsabilidade legal que eu tenho com elas é quanto ao trabalho, a escala de serviço, a presença, os atestados, as ausências. (Estrelícia)

Esta realidade é bastante complexa, pois não há um enfermeiro no Banco de Olhos e os técnicos de enfermagem do setor estão ligados à uma gerência de enfermagem apenas no

sentido de controle da escala de trabalho, absenteísmo e situações afins. Ao ser questionado sobre a inexistência de enfermeiro atuando no Banco de Olhos, tal sujeito relata situações importantes:

[...] sinceramente eu nem sei te falar. [...] Quando o enfermeiro que trabalhava no Banco de Olhos fez o desligamento, por não ter outro enfermeiro que já tinha experiência no hospital, acabou que ficou, não foi substituído. Na época eles do Banco de Olhos solicitaram. [...] e como lá a gestão é feita por um médico, eu não sei se faltou deles esta cobrança. (Estrelícia)

Neste relato foi destacada a falta de cobrança da inclusão de um enfermeiro no serviço pelos profissionais do Banco de Olhos. Esta situação leva à reflexão dos motivos pelos quais isso ocorreu, como se dá a inserção do enfermeiro neste campo de prática, quais os aspectos relevantes para a decisão de buscar transformações na realidade posta nos serviços, nas questões políticas e financeiras envolvidas, dentre outras tantas reflexões.

Outra situação apontada pelo sujeito para a falta de enfermeiro no Banco de Olhos é a deficiência de recursos humanos na instituição. Este fato levou os gestores de enfermagem a dimensionarem os enfermeiros para outros setores considerados “prioritários”, considerando as exigências legais.

[...] hoje nós temos X [cita o número de enfermeiros da instituição] enfermeiros nos hospital. [...] é muito pouco. Então acaba que em lugares, não que lá não seja necessário, mas em lugares em que é obrigatório, por exemplo: numa UTI, se não tiver enfermeiro ela não pode funcionar. E lá elas conseguem levar o serviço sem. Parece que a legislação fala em profissional do nível superior, não fala especificamente do enfermeiro. Então, acaba que nossa prioridade foi para os locais em que a legislação nos exigia a presença do enfermeiro para funcionar. Acabou que essa vaga foi para algum lugar em algum momento. [...] faltou também um empenho deles em reivindicarem. Mas eu vejo que é necessário, é extremamente necessário ter o enfermeiro na equipe do Banco de Olhos. (Estrelícia)

A legislação brasileira determina a estrutura administrativa e técnico-científica do Banco de Olhos na Resolução n. 67, de 30 de setembro de 2008 (BRASIL, 2008), onde descreve que a responsabilidade técnica do serviço deve ficar a cargo de um oftalmologista com experiência comprovada em doenças externas oculares e córnea e que a equipe administrativa e técnico-científica deste serviço deve ser composta, no mínimo, por: um responsável técnico; um responsável técnico substituto; profissional de nível superior, da área da saúde e/ou biológica, com treinamento documentado para a execução de atividades

específicas; dois profissionais de nível médio, da área da saúde e/ou biológica, com treinamento documentado para a execução das atividades específicas e profissional de nível médio para as atividades administrativas.

Como a legislação não determina que haja um enfermeiro na equipe do Banco de Olhos, mas cita que deve ter profissional de nível superior, da área da saúde e/ou biológica, permite que não necessariamente haja enfermeiro na composição deste setor. Pensa-se que a atuação do enfermeiro é essencial para o bom funcionamento do serviço e que tal profissional, através da sua formação, pode contribuir grandemente para ampliação e melhorias do serviço. Tal pensamento é reforçado por sujeitos desta pesquisa ao dizerem:

[...] com certeza, pela equipe que faz a captação [...] Eu acho que, de formação, o enfermeiro estaria bem mais preparado. (Estrelícia)

[...] na realidade o enfermeiro é a peça fundamental no Banco de Olhos. Por quê? Porque na realidade quem administra e faz com que o Banco de Olhos funcione bem ou mal é a equipe de enfermagem. (Camélia)

Cabe destacar, ainda, a Lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe que os técnicos de enfermagem só podem exercer atividades sob orientação e supervisão de enfermeiro, independentemente de estas serem desempenhadas em instituições de saúde, públicas, privadas ou programas de saúde (BRASIL, 1986).

O que percebemos é que algumas determinações e princípios que regem a atuação dos Bancos de Olhos e também, da atuação de profissionais da enfermagem vêm sendo desrespeitadas. Tal situação merece atenção, reflexão e mudança, de modo que garanta a qualidade do serviço prestado e qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos.

A atuação do enfermeiro em mais de um setor também foi mencionada:

Aqui a gente fica de sobreaviso porque, como não tem demanda diária, não é todo dia que chega córnea pra gente preservar, não é digamos que é financeiramente viável. Aí o enfermeiro daqui fica em outro setor, mas quando tem, quando precisa do enfermeiro no Banco de Olhos já tem outro enfermeiro pra cobrir o setor. (Flor-de-lis)

Neste relato o enfermeiro aborda aspectos importantes e que merecem atenção. Ele referiu “ficar” em outro setor e “ficar de sobreaviso” no Banco de Olhos. E, fala também, dos motivos que geram tal situação. Primeiramente ele diz que não tem demanda diária e relaciona esta demanda de serviço com a “chegada de córnea para preservar”.

Como vimos a atuação dos enfermeiros vai muito além da execução de procedimentos técnicos como enucleação e preservação de tecidos. Além de ser, na prática, o grande responsável, pelo gerenciamento do serviço da equipe de enfermagem, este profissional acaba gerenciando os processos de trabalho no setor.

Infelizmente percebe-se que prevalece uma visão biologicista, técnica, positivista na gestão dos profissionais que atuam nos Bancos de Olhos. Como já discutido, a atuação dos enfermeiros em atividades educativas em prol da doação de córneas ainda é fraca, carecendo de avanços.

Não ter demanda foi por partícipes, mas verifica-se que há muito a ser feito para ampliar a doação e transplantes de córnea no estado.

No que se refere às atividades de transplante de órgãos e tecidos, o estado de Minas Gerais é regionalizado, sendo subdividido nas seis sub-regiões listadas a seguir, com as respectivas sedes:

- Metropolitana (abrange a região metropolitana de Belo Horizonte);
- Zona da Mata (sede em Juiz de Fora);
- Norte (sede em Montes Claros);
- Oeste (sede em Uberlândia);
- Sul (sede em Pouso Alegre)
- Leste (sede em Governador Valadares)

No momento há cinco bancos de olhos autorizados para funcionamento no Estado, um em cada regional, com exceção da região Norte (LIBÂNIO, 2012) (Anexo B). E o Banco de Olhos de Governador Valadares será inaugurado no Hospital Samaritano (SANTIAGO, 2008).

Os Bancos de Olhos estão localizados nas seguintes cidades e instituições:

- Belo Horizonte - Hospital João XXIII / FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais);
- Juiz de Fora - Hospital João Penido / FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais);
- Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia;
- Alfenas - Hospital Alzira Velano;
- Governador Valadares - Hospital Samaritano.

Cabe ressaltar que, como a região Norte não possui banco de olhos autorizado para funcionamento, todos os tecidos oculares captados nesta região são encaminhados para avaliação e processamento no Banco de Olhos de Belo Horizonte.

Outro ponto a ser destacado é que as listas de espera são regionais, ou seja, o que é captado em uma determinada região é distribuído para a lista de espera da própria região, sendo o excedente, se for o caso, enviado para as outras sub-regiões dentro do próprio Estado. Por isso, não se pode dizer que não tem demanda de serviço para os enfermeiros dos Bancos de Olhos.

Uma segunda explicação que o sujeito desta pesquisa apresenta para justificar a atuação do enfermeiro no serviço em forma de sobreaviso é o fator econômico/financeiro. Ao dizer que não é economicamente viável para a instituição manter enfermeiro atuando exclusivamente no setor, mostra que mais investimentos devem ocorrer para o funcionamento dos Bancos de Olhos, que mudanças na política de transplantes devem ser pensadas e realizadas se melhorias nos índices de doação são almejadas, além de outros avanços nesta política.

Algumas das implicações da falta do enfermeiro atuando no Banco de Olhos são apresentadas por um dos sujeitos durante suas falas. Uma das questões apresentadas refere-se à visão que o enfermeiro tem da equipe de enfermagem e do processo de trabalho desenvolvido no setor onde trabalha e do oposto quando não está presente na equipe como deveria. Isto pode ser verificado na fala que segue:

Às vezes eu vejo alguns atestados então eu vejo que é pela sobrecarga de trabalho das técnicas de enfermagem. [...] Então eu vejo que o enfermeiro tem um olhar diferente para isso tudo, ele sabe administrar muito melhor o serviço dele. [...] quando a coordenação é médica, o conhecimento deles é muito técnico, é mais focado ali na coleta em si. Não está preocupado com o todo. (Estrelícia)

Estrelícia relata que certa vez uma enfermeira realizou um serviço de qualidade no Banco de Olhos e reconhece a falta que faz este profissional na equipe do Banco de Olhos:

Uma das primeiras coisas que ela fez foi levantar um estudo sobre tudo e envolveu a questão do Banco de Olhos por ser um setor que trabalha com transplantes. E ela fez várias colocações que eu falei: “Gente, meu Deus, precisa de um enfermeiro”. Ela foi fazer toda a busca ativa, desde a coleta até a distribuição e o próprio transplante de córnea. Ela foi investigar toda a parte de repasse de verba e ela descobriu que tinham várias coisas que a Universidade poderia solicitar e não era solicitado, por falta de conhecimento. [...] Então, eu fiquei encantada. “O quanto é importante a presença do enfermeiro num setor desse”. Quer dizer, era toda uma situação em que ela poderia fazer a gestão. (Estrelícia)

Quanto ao envolvimento do serviço com sensibilização, campanhas e palestras sobre doação de córneas, o mesmo sujeito descreve a falta que percebe da atuação do enfermeiro na equipe e acredita que o mesmo tem uma visão mais ampliada sobre educação e gestão do serviço. Segue a fala:

Elas vão muito, as técnicas fazem palestra em escolas, em faculdades quando elas são solicitadas. Mas eu acho que o trabalho tinha que ser muito maior e eu não vejo isso. Mas é porque a forma da gente pensar que é diferente. Eu falo de nós enfermeiros, o pensamento que a gente tem na gestão, na administração de um setor é totalmente diferente. Então nós nunca discutimos neste sentido. Então eu acho que isso é muito precário, eu acho que tinha que melhorar muito. (Estrelícia)

A liderança é uma função gerencial do enfermeiro e envolve a habilidade de motivar a equipe a realizar com boa vontade os processos necessários da melhor forma possível bem como a ter relacionamentos saudáveis- isto é autoridade. A autoridade difere do poder, sendo que este é exercido através de força e coerção. A liderança através da autoridade parece ser mais consistente do que a liderança pelo poder. Dez qualidades de um líder com autoridade são reconhecidas e citadas por Sousa; Barroso (2009): “honestidade, comportamento exemplar, cuidado, compromisso, interesse na escuta, confiabilidade, respeito, motivação, atitude positiva e entusiástica, e empatia” (SOUSA; BARROSO, 2009, p. 184).

A liderança moderna busca fortalecer o grupo de trabalho, ressaltando e valorizando as competências individuais e coletivas, de modo que todos se sintam corresponsáveis pelo trabalho. Este modelo é reconhecido como liderança transformadora. Nela as pessoas são motivadas à ação e à quebra de paradigmas, buscando melhoria contínua.

Na liderança em enfermagem é necessário que o resgate do cuidado seja uma constante. Os enfermeiros devem liderar pelo exemplo e precisam estimular a valorização do cuidado dentro da própria equipe. Portanto, o enfermeiro deve preocupar-se com a equipe, estabelecendo uma relação dialógica, estimulando o pensamento crítico dentro do próprio ambiente de trabalho.

Autores apontam a credibilidade como sendo essencial e inspiradora dentro da liderança do enfermeiro. Esta postura estimula o desenvolvimento pessoal e profissional de todos os envolvidos, juntamente com a relação dialógica. Por isso, temos que encontrar novas alternativas que atendam às demandas atuais das organizações e da própria enfermagem.

Novos referenciais, no entanto, vêm contribuir para a compreensão do cuidado e da gerência de enfermagem. Acreditamos que este estudo possa contribuir para a discussão do

tema da gestão do trabalho nos Bancos de Olhos, a partir da análise das características das organizações desse setor, apresentando propostas para contribuir para melhorias na gestão de enfermagem (SIMÕES; FÁVERO, 2003).

Temos de refletir sobre as novas tendências gerenciais e como elas podem influenciar a organização do trabalho de Enfermagem e as ações dos enfermeiros gerentes em estratégias que atendam aos desafios da profissão. Assim, “conhecimentos mais atualizados são imprescindíveis e devem ser buscados, compreendidos, usados e incorporados, dentre eles, especialmente, os relativos à qualidade, criatividade/inação, sistemas, redes e outros” (DEI SVALDI; LUNARDI FILHO; GOMES, 2006, p. 503). Isto gerará mudanças na cultura profissional e contribuirá para o desenvolvimento da enfermagem.

5.5 CATEGORIA LIDANDO COM A MORTE

Um dos temas pouco discutidos em nossa sociedade é a morte e o morrer. Evita-se falar sobre isso e quando se faz utilizam-se termos para minimizar o sofrimento ou até mesmo negá-lo. Fala-se que a pessoa faleceu, partiu, foi a óbito, descansou, mas evita-se dizer que ela morreu. Quando se fala em morte e morrer sentimos temor, vergonha, constituindo este tema um tabu na nossa sociedade. Mas nem sempre foi assim.

Durante a Idade Média, entre os séculos V e XV, a morte era um fenômeno comum, costumeiro. A morte era esperada no leito da própria residência e tratava-se de um ato público, ou seja, era exposto aos familiares, amigos, vizinhos. Não se tinha vergonha ou medo da morte, pois ela era certa! O significado da morte passou por diversas transformações até que ela tornou-se um acontecimento detestável no século XIX por representar uma ruptura no andamento normal da vida. Já no século XX houve uma transformação a morte passou a ser considerada vergonhosa e começou a ser negada e até mesmo escondida, tornando-se um tabu pouco ou nada discutido. A partir do século XX a morte se torna um fenômeno técnico, foi transferida para o hospital, onde passou a ser controlada pela equipe de saúde, mais especificamente pelo médico (OIGMAN, 2007; OLIVEIRA; QUINTANA; BERTOLINO, 2010).

Certamente cada sociedade tem sua própria cultura, hábitos, crenças e valores, o que oferece aos sujeitos significados diferentes para a morte e recursos para seu enfrentamento. Diante dessa realidade os profissionais da saúde, dentre eles os da enfermagem, precisam

compreender os valores subjacentes às diferentes representações dos sujeitos cuidados pela enfermagem e apreender as representações dos próprios profissionais sobre a morte com o objetivo de conferir significado ao cuidado realizado. Frente a isso, destaca-se esta categoria: “Lidando com a morte”.

Os profissionais de saúde são formados para prevenir agravos, promover e recuperar a saúde. Muitas vezes entende-se a morte como algo contrário à vida e não como parte dela. Este pensamento traz sérias dificuldades aos profissionais, pois quando deparam com a morte sentem-se frustrados, incompetentes e perdidos. Todavia a presença da morte no cotidiano laboral é uma constante e os profissionais da enfermagem têm de estar preparados para tal processo.

O contato com a morte faz parte do cotidiano laboral da enfermagem do Banco de Olhos. Entretanto as falas dos entrevistados demonstram que nem todos têm o preparo “esperado” para lidar com a morte, mesmo alguns dos profissionais de enfermagem que se dispõem a trabalhar neste serviço:

Há pouco tempo mesmo nós tivemos outro caso de uma menina que não conseguiu ficar aqui [...] É essa habilidade de saber lidar com o cadáver em si. [...] Porque muitas vezes não tem essa habilidade, lida muito bem no bloco, muitas vezes em cirurgias até mais complexas que a nossa, mas não consegue lidar bem com o cadáver em si. (Begônia)

Esta inabilidade para o lidar com a morte não é incomum na enfermagem. A formação do profissional técnico e auxiliar de enfermagem e a graduação não permitem um olhar amplo sobre essa temática. Com isso, a assistência ao falecido e à sua família ficam prejudicadas, senão fragmentadas, pois encontram-se despreparados, técnica e psicologicamente para os enfrentamentos referentes à morte.

Uma pesquisa realizada com estudantes de enfermagem sobre sentimentos e condutas frente à morte evidenciou que eles não estão preparados para lidar com situações que envolvem a morte e o morrer e tendem a negar a situação. Constatou-se que o medo é despertado nos estudantes diante da morte de outrem (VARGAS, 2010). Este sentimento é comum nestas circunstâncias e também pode ser percebido no relato a seguir:

[...] tem que ser uma pessoa calma, uma pessoa que segura! Calma, segura. E que uma pessoa que não tenha [...] Muita [...] que não tenha muita frescura, muito medo. (Camélia)

A sociedade ocidental nega a morte e a educação dos profissionais de enfermagem não se diferencia muito da que é passada ao restante da sociedade, pois geralmente aprende-se apenas a lidar com os âmbitos técnico e operacional da morte e os outros aspectos são desmerecidos na formação. Esta lacuna não raro gera angústias que podem, até mesmo, comprometer à saúde mental dos profissionais.

A graduação em enfermagem quase não aborda a morte e o morrer e quando o faz foca o cuidado técnico envolvido. Praticamente não prepara os graduandos para os aspectos éticos, culturais, emocionais e espirituais envolvidos de modo que o aluno forma sem o preparo para vivenciar o processo de morte. Pesquisas apontam que a graduação tem mostrado ser falha no que diz respeito à formação do futuro enfermeiro no tocante ao tema morte e demonstram que ela dá mais ênfase aos procedimentos técnicos e ao cuidado com o corpo físico do paciente do que com os sentimentos e valores envolvidos. Portanto, sem uma perspectiva crítico-reflexiva. Vários estudos evidenciam deficiências na formação da área da saúde/enfermagem, apontando as práticas curriculares de muitos cursos como carentes de disciplinas que abordem a morte e o processo de morrer (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; BERNIERI; HIRDES, 2007; COMBINATO; QUEIROZ, 2006; SANTOS; BUENO, 2011; VARGAS, 2010).

Quanto à abordagem de doação de órgãos/tecidos na graduação, verifica-se que se trata de um tema ainda menos explorado (SANTOS; BUENO, 2011). Diante dessa situação os futuros profissionais não têm o preparo adequado para lidar com a morte, tampouco com os sentimentos dos familiares enlutados. Assim, resta-nos refletir sobre o preparo necessário para a abordagem familiar no processo de doação de órgãos/tecidos. É justamente neste contexto repleto de facetas que ocorre a abordagem familiar.

O momento em que se aborda a família para comunicação da possibilidade de doação de órgãos e/ou tecidos e solicitação da doação é um momento bastante complexo, pois envolve diversos sentimentos como tristeza, medo, desesperança, indignação e raiva. Trata-se de um momento de luto intenso em que a família precisa ser ouvida e amparada. Devemos permitir-lhes expressar seus anseios e necessidades e temos de ser empáticos e altruístas. Muitas vezes o que se requer do profissional neste momento é apenas a disposição para ajudar.

Existem diferentes conceitos de luto, mas cabe destacar que o mesmo envolve o conjunto de reações diante de uma perda. O luto se faz necessário, pois através dele que a morte é percebida como real e somente após isto que o mundo é ressignificado às pessoas que o vivenciou (PARKES, 1998).

O processo de luto deve ser permitido e respeitado. Cada pessoa apresenta um tipo de comportamento definido a partir de seus valores, crenças e cultura. Cabe aos profissionais respeitar este momento, compreender os sentimentos e avaliar que tipo de ajuda se faz necessária para a elaboração da perda daqueles que vivenciam o seu processo de morte (OLIVEIRA; LOPES, 2008).

Seguem as falas de dois dos entrevistados sobre o processo de luto e o posicionamento do enfermeiro diante deste:

[...] é um momento muito difícil de você tá abordando e lidando, abordando uma família. Uma situação de luto, de tristeza e você tem que ter aquela [...] conseguir fazer aquele equilíbrio entre compreender essa situação que a família está vivendo e mostrar pra eles que você só tem aquele momento, que a gente tem um período curto de tempo pra estar fazendo o procedimento e que é num momento muito delicado que você tá abordando.
(Azaleia)

A gente respeita esse fator do sentimento, da afetividade que os parentes têm. (Dália)

Estes relatos permitem reconhecer a preocupação dos profissionais com a família enlutada e reconhecem que neste momento o enfermeiro do Banco de Olhos deve ter em mente também a questão do tempo envolvido no processo de doação de córneas. O profissional deve discutir com a família, assim que possível, a questão do tempo viável para a enucleação dos globos oculares caso ela consinta a doação ou esteja refletindo sobre sua escolha, pois o prazo para que a enucleação ocorra é de até seis horas após a parada cardiorrespiratória que culminou no óbito daquele potencial doador.

O enfermeiro que realiza a entrevista familiar deve dar à família o tempo necessário para a tomada de decisão consciente e também falar-lhe sobre algumas questões técnicas envolvidas neste processo, por exemplo, a variável tempo.

Identifica-se a partir das falas que não é fácil lidar com a morte, mesmo que ela seja intrínseca ao trabalho dos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos. Lidar com a morte do outro traz à tona a vulnerabilidade humana, mostra que aquilo que se apresenta com o outro poderia ter acontecido consigo ou com uma pessoa próxima.

Lutamos contra a ideia de nossa finitude e ao refletir sobre a morte trazemos à tona diversos sentimentos associados, geralmente negativos. Por isso é tão difícil lidar com a morte, pois ela nos remete à fragilidade humana e expõe nossa incapacidade de lidar com nossos próprios sentimentos.

Apesar da vivência laboral ligada à morte, esta tem significados diferentes para os profissionais a partir das circunstâncias relacionadas. O significado externo da morte adquire um sentido pessoal para o trabalhador e evoca sentimentos e reações distintas a partir do contexto em que se insere, o que pode gerar sofrimento.

Há mortes que geram maior desgaste e sofrimento ao profissional do Banco de Olhos, assim como ocorre com profissionais da enfermagem que atuam em outras áreas. Exemplo disso é que alguns enfermeiros sentem dificuldades para lidar com a morte de crianças, pois em nossa sociedade isso não é aceito. Ocorre um agravamento quando percebem que a vítima poderia ser um familiar, especialmente um filho ou uma filha. Exemplo disso é o relato a seguir:

[...]a única coisa que me incomoda são as notificações de criança. Eu não cheguei a ir numa enucleação com criança, mas quando a gente faz uma busca de potencial doador de criança, isso me incomoda. Emocionalmente me incomoda, até porque eu tenho filho, tal... Isso me incomoda bem. [...]eu não sei como seria minha reação. (Camélia)

Aspectos relativos à faixa etária do paciente no processo de morrer e morte são descritos na literatura: a morte é mais fácil de ser aceita quanto mais velha for a pessoa. Também encontramos estudos que mostram a não aceitação da morte de crianças e jovens e a possibilidade da presença de um sofrimento intenso quando há proximidade das idades entre o profissional e a pessoa que morreu (OLIVEIRA; BRÊTAS; YAMAGUTI, 2007; SHIMIZU, 2007).

A dificuldade de enfrentamento da morte de pessoas jovens também foi relatada por outro sujeito da pesquisa:

[...] um fato que me marcou foi um politrauma. Um menino foi atropelado, 16 anos, doou todos os órgãos, filho único. Isso marca muito! Essas coisas quando a gente recebe. Quando a gente vai fazer a captação já tem que ir mais ou menos preparado porque choca. Não é fácil. (Flor-de-lis)

Esta fala demonstra o desgaste emocional a que estes trabalhadores estão expostos em suas atividades laborais e demonstra que ações de apoio emocional devem ser desenvolvidas de forma a garantir a saúde mental e física.

Outra situação que também requer grande controle emocional do trabalhador é o lidar diretamente com mortes violentas. Este tipo de morte pode evocar reações negativas

caso não tenham o preparo adequado para enfrentar estas situações. Um entrevistado fala um pouco sobre isso:

Você vai entrar em necrotério, você vai estar lidando com mortes violentas [...] a maioria dos casos de doação são de casos com pessoas com mortes violentas [...] (Camélia)

Outro sujeito entrevistado discorre sobre as circunstâncias do trabalho realizado e a imprevisibilidade inerente ao processo de captação de córneas:

Eu não tive dificuldade com os ambientes que a gente frequenta. Assim, a gente frequenta necrotérios [...] a gente encontra o paciente num estado que às vezes não é o que a gente esperava. Mas eu não tive dificuldade com isso não. (Azaleia)

Além de reconhecer as adversidades dos locais e condições de trabalho, o sujeito entrevistado diz ter mudado sua percepção sobre a vida e a morte após o início do seu trabalho no Banco de Olhos. Diz sentir-se abalado quando confronta com determinados “tipos de mortes”. Segue a fala do sujeito:

[...] depois que a gente passa a estar no Banco de Olhos, a gente passa a estar um pouco mais assustado com as causas de óbito. Você está acostumada a estar dentro de um pronto socorro, que você está acostumada, você não vincula aquilo e você não conhece o outro lado depois que foi embora, está no necrotério, a família. Então você não tem vínculo com a família [...] Então aí você vê muitas pessoas novas, uns da sua idade, outros menos que isso, com PAF (projétil de arma de fogo) e isso nos assusta em relação ao diagnóstico. Mas nada que assusta [...] de desespero. Mas você fica mais preocupado com a sua família. (Camélia)

Diante da morte percebemos a vulnerabilidade humana e ficamos expostos a um desgaste emocional intenso. Os trabalhadores por vezes associam a violência ocorrida com a possibilidade de ocorrência na sua própria vida ou com pessoas do seu convívio. Isso aumenta a dor e o sofrimento relacionado ao trabalho no Banco de Olhos, podendo desenvolver distúrbios psicoemocionais nos trabalhadores.

A dificuldade de um dos sujeitos desta pesquisa em lidar com a morte de paciente com o qual desenvolveu vínculo afetivo é expressa na seguinte fala:

Foi uma paciente que tava na clínica médica, eu ficava na enfermaria. [...] Ela faleceu, a família optou por doar e eu não consegui fazer a enucleação porque eu tinha um vínculo muito afetivo com ela. [...] quem fez foi outro profissional. Porque eu não dei conta, eu fiquei muito emocionada. (Flor-de-lis)

Mesmo diante da exposição a situações de morte e desgastes relacionados ao trabalho, o serviço no Banco de Olhos é considerado algo nobre, recompensador. O reconhecimento de que se trata de um serviço diferenciado, especial foi ressaltado pelos entrevistados:

Me sinto muito orgulhosa. [...] a gente faz parte de uma elite. Eu acho que o Banco faz parte de uma elite [...] Um serviço nobre [...] Um lado humano, o lado da cidadania e me sinto muito satisfeita de pertencer a este grupo [...] um grupo seletto. (Begônia)

Porque é uma enfermagem diferenciada [...] que não tem noções quando se fala em MG Transplantes, a questão de local de trabalho, a atribuição da equipe de enfermagem. (Dália)

O trabalho do enfermeiro no Banco de Olhos é bastante específico e requer a busca de conhecimentos continuamente. Além disso, proporciona prazeres ao realizar cuidados peculiares aos familiares dos doadores de córneas, aos doadores falecidos e às pessoas desconhecidas que recebem os tecidos doados. O compromisso social envolvido neste trabalho é motivo de orgulho e estímulo aos trabalhadores, como se pode observar na fala seguinte:

Quando eu fui convidada pra vir pra cá eu me senti muito importante, digamos na parte de ajudar outras pessoas. Eu me sinto uma pecinha chave nessa parte de transplante porque afinal de contas eu que preservo a córnea. [...] a gente não fica sabendo como que foi o transplante. Eles não contam detalhes, mas a gente sempre pergunta se deu certo a córnea e quando fala que deu aí a gente se sente “eu consegui salvar alguém. Alguém vai voltar a enxergar”. [...] é um setor que você passa a ser reconhecida. Você passa, pros olhos das outras pessoas, você tem um valor especial “ela é enfermeira do Banco de Olhos! Que legal! Que bom!” (Flor-de-lis)

O compromisso social que os profissionais têm na realização do seu trabalho é acompanhado de preocupações técnicas com as atividades desenvolvidas. Chama à atenção no estudo a valorização dada pelos profissionais aos cuidados técnicos diante da morte e diante da enucleação como pode ser constatado neste depoimento:

[...] eu vejo às vezes chegando aqui [...] uma enucleação feita em 5 minutos. Eu acho que a qualidade da córnea com esse tempo é quase que sempre para avaliação para tectônica e não para ópticos. [...] nós estamos querendo dar visão às pessoas e não um simples curativo. [...] tem que ter essa capacidade, tem que ter esse compromisso, tem que ter essa paciência para que a gente faça um trabalho realmente de qualidade. (Dália)

É muito importante que os enfermeiros discutam suas práticas direcionando o trabalho para conceitos de eficácia, eficiência e excelência do trabalho. A qualidade do serviço realizado impactará certamente nos produtos finais oferecidos para transplantes. Esta postura deve ser encorajada e fortalecida dentro dos Bancos de Olhos.

Ademais os sujeitos da pesquisa demonstraram ter profundo respeito ao cadáver e à família. Percebe-se que os enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos consideram a postura ética e humana como essência da sua prática laboral. Nota-se nos discursos que a preocupação com os procedimentos junto à família e ao cadáver e o respeito diante deste momento histórico singular são inerentes ao trabalho destes enfermeiros. Exemplo disso é a menção da preocupação do profissional com a abordagem familiar realizada:

[...] você tem que ter uma empatia para você chegar a estar no lugar do outro e ver o que o outro vai querer naquele momento. (Camélia)

Destaque também deve ser dado à fala do profissional a respeito do cuidado necessário na reconstituição da face do doador após a enucleação dos globos oculares. Segue o relato do entrevistado:

[...] a capacidade de fazer hemostasia em paciente com amplo sangramento, com sutura, de recompor a face do paciente sem causar blefarohematoma. (Dália)

Certamente existe uma preocupação das famílias quanto ao aspecto que ficará a face do doador após a doação. Cabe ao profissional explicar-lhes que haverá reconstituição da face do doador com próteses oculares prontas ou preparadas com gaze, algodão ou outro material para manter a convexidade da região periorbital, com preservação dos cílios e integridade das pálpebras de forma a preservar o aspecto estético. O profissional precisa oferecer neste momento mais do que explicações técnicas acerca do procedimento, mas, sobretudo, o conforto necessário diante da tomada de decisão.

O ser humano busca recursos para enfrentar a morte e a religião ou religiosidade/espiritualidade é um dos principais. A espiritualidade consiste na busca de um

sentido maior de transcendência da vida, integrando crenças, símbolos, visão de mundo e, por conseguinte, condutas. Já a religião está ligada aos aspectos instituídos de determinadas práticas religiosas conforme distintas tradições e ritos (BOFF, 2000).

O homem procura acreditar num Ser Divino e ter esperança e amparo frente suas angústias. O desejo de imortalidade é inerente ao ser humano assim como o desejo de felicidade plena. Pensa-se que a busca última de todo ser humano é a felicidade, o contentamento. Contudo esta busca é interposta quando o mesmo se depara com a morte.

Perante situações estressantes, como é o caso de morte, o homem pode se aproximar da religião ou espiritualidade na busca de um apoio emocional, de respostas aos seus questionamentos, ou na busca de crenças e práticas que a conforte e lhe dê forças para o enfrentamento da morte. Isto ocorre com os familiares e também com alguns profissionais (BOUSSO et al., 2011).

Esta busca resulta em crenças e comportamentos diante das situações vivenciadas e pode ser percebida também em alguns profissionais diante da sua prática no Banco de Olhos. Muitos profissionais recorrem à espiritualidade e/ou religião para enfrentar situações do cotidiano laboral com o cadáver. Isto pode ser evidenciado no depoimento a seguir:

No serviço eu lidei bem com o cadáver em si. Eu reverencio, eu sempre peço licença, é uma coisa minha de respeito. (Begônia)

Assim como os profissionais têm suas crenças e valores, as famílias possuem crenças e buscam recursos para o enfrentamento da morte. Estes mostram ser decisivos no processo de tomada de decisão requerido diante da possibilidade de doação de órgãos/tecidos, cabendo aos profissionais de enfermagem a compreensão e aceitação do outro como um ser permeado de crenças e valores.

Para que haja mudanças significativas rumo a um melhor enfrentamento da morte precisa ocorrer um reposicionamento do ser humano. Discussões devem ocorrer nos diferentes cenários da sociedade, não somente no âmbito acadêmico. Quaisquer avanços neste sentido serão resultado da construção dentro do contexto sociocultural e histórico em que se manifesta. Este pensamento também é defendido por Bellato e Carvalho (2005)

A compreensão da morte é complexa, porém essencial. Combinato e Queiroz (2006) destacam a compreensão dos movimentos, das contradições e historicidade envolvidos para que estudemos a morte e suas implicações sociais. Já Cavedon (2011) e Kovács (2005)

propõem abordagens teóricas sobre a morte bem como outras ações para o preparo dos profissionais que lidam com isso.

Outros apontamentos são desenvolvidos no intuito de aprimorar a formação acadêmica para o lidar com a morte. Uma possibilidade é abordar concepções menos biologicistas da morte, enfim, quebrar o paradigma biomédico. Os cursos de graduação precisam abandonar o modelo positivista, pois educam o aluno para lidar com a morte do ponto essencialmente técnico e esquecem que o ser humano é constituído de emoções, crenças e valores. Continuar negando a morte na graduação contribui para o despreparo dos profissionais e para o cuidado inadequado. Há que se evoluir e humanizar a assistência de enfermagem a ponto de realizar um cuidado integral.

Quintana e outros (2008) sugerem espaços de discussão para pequenos grupos como uma forma de favorecer a reflexão e a abertura de canais de comunicação sobre a morte. A abertura destes espaços para a expressão de dúvidas, da dor e do sofrimento é primordial para o amadurecimento dos futuros profissionais. Precisamos de um currículo que inclua a tanatologia, área de investigação científica que tem como objetivo analisar a morte e o morrer da espécie humana, em diferentes momentos e não apenas em uma ou outra disciplina, ou seja, a tanatologia deve ser estudada dentro de uma perspectiva multidisciplinar (AZEREDO; ROCHA; CARVALHO, 2011; QUINTANA et al., 2008).

Ao pensar em mudanças curriculares temos de refletir primeiramente nas habilidades e competências dos docentes. São necessárias pesquisas junto aos docentes a fim de esclarecer estas questões, assim como reconhecer e trabalhar a partir de suas necessidades. Sem isso não podemos realizar mudanças profundas no processo de ensino-aprendizagem sobre a problemática aqui discutida.

Outro aspecto a ser destacado é a necessidade das organizações oferecerem auxílio àqueles que convivem com a morte e com a violência nas práticas laborais, pensamento este também de Cavedon (2011) visto que os profissionais podem apresentar distúrbios psicoemocionais em decorrência de suas atividades profissionais.

Consideramos que essas discussões são relevantes, pois possibilitam aos profissionais de enfermagem o desenvolvimento do autoconhecimento e intervenções para apoiar os familiares enlutados diante da morte.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao investigar as especificidades do trabalho dos enfermeiros em Banco de Tecidos Oculares Humanos, tendo por base as etapas do processo de captação de órgãos e tecidos estabelecidas pelo Ministério da Saúde, foi possível compreender como se dá a inserção do enfermeiro nos Bancos de Olhos, descrever competências e habilidades requeridas à atuação nos Bancos de Olhos sob a óptica dos enfermeiros e oferecer subsídios para a prática profissional de enfermagem nos Bancos de Olhos.

As categorias identificadas nos depoimentos dos enfermeiros, quais sejam, conhecimentos e habilidades necessários aos enfermeiros dos Bancos de Olhos; facilidades e dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros; gerência de enfermagem e lidando com a morte, ofereceram subsídios relevantes para a análise da atuação dos enfermeiros neste cenário de prática.

Dentre os apontamentos dos enfermeiros sobre conhecimentos e habilidades essenciais para seu trabalho percebemos que algo muito citado foi a necessidade de conhecimentos sobre anatomia humana, fisiologia e patologia. Também foi mencionada a necessidade de conhecimento aprofundado sobre diluição de amostra sanguínea em pacientes hemotransfundidos que são potenciais doadores de córneas e dos diferentes eventos patológicos que contraindicam a doação de córneas.

A aquisição destes conhecimentos deve ser valorizada e estimulada, pois se faz extremamente necessária na atuação num cenário de alta complexidade como o Banco de Olhos. Mas este tipo de saber só não basta. Também foi citada a necessidade do enfermeiro conhecer a legislação que rege a doação de córneas em nosso país. É preciso aliar o desenvolvimento científico e tecnológico alcançado com o resgate dos valores do homem.

Pensa-se que o agir do enfermeiro, independente da área de atuação deve estar ancorado na legislação e na ética. O conhecimento e o agir sociopolítico do enfermeiro contribuem para uma visão abrangente do papel dos trabalhadores da enfermagem diante da responsabilidade e compromisso como agentes de mudança organizacional, social e política que se constituem. A partir do momento em que o enfermeiro tem o conhecimento necessário sobre legislação ele terá uma diretriz sobre como agir e conhecerá as deficiências da lei, podendo atuar no sentido de transformá-la.

Dentre as habilidades requeridas para o trabalho nos Bancos de Olhos sob a óptica dos enfermeiros dos serviços destacam-se o equilíbrio emocional, habilidades relacionadas à

educação, habilidade de liderança para manter a união e a integração da equipe, habilidade para lidar com o cadáver, assim como a destreza nos procedimentos técnicos envolvidos no serviço.

O enfermeiro enquanto sujeito histórico e social deve ser capaz de problematizar a realidade, refletir sobre seu cuidado para que recrie a realidade e desenvolva intervenções comprometidas com os seres humanos. Além disso, o processo educativo deve ser transformador e realizado dentro do contexto social dos sujeitos envolvidos.

Dentre as dimensões apontadas nos discursos dos enfermeiros nota-se que a dimensão gerencial recebeu relevância nas entrevistas realizadas. As falas dos sujeitos destacaram diversas vezes a atividade gerencial do enfermeiro, tanto no sentido de gerenciamento (burocrático) do serviço quanto no que diz respeito à habilidade de liderança.

Acredita-se que a práxis transformadora favorece um conhecimento emancipador, contribuindo para o empoderamento da enfermagem nos diferentes cenários de atuação e que a educação é o caminho para a evolução da enfermagem em quaisquer áreas. Nos Bancos de Olhos não é diferente. Trata-se de um novo cenário de prática para a enfermagem e requer que estes profissionais adquiram competências técnicas e humanas.

Não se nega a importância do conhecimento técnico-científico para a atuação dos enfermeiros nestes cenários, contudo ele sozinho não responde todas as necessidades apresentadas no cotidiano laboral. Cada vez mais as políticas de transplantes e as organizações precisam reconhecer isso e agir em prol de melhorar os processos de trabalho desenvolvidos, entre eles, os relacionados aos Bancos de Olhos.

Pensa-se que é preciso estabelecer práticas pedagógicas que reconheçam a relevância dos valores, crenças, experiências vividas e cultura dos indivíduos. Só assim é possível uma educação libertadora e formadora de sujeitos críticos. Esta educação libertadora deve estar presente também no meio acadêmico. Por meio dela são formados sujeitos críticos e transformadores da realidade. Posto isto, a enfermagem precisa assumir referenciais teórico-pedagógicos que sustentem a educação e práticas transformadoras, respondendo às mudanças exigidas pelas organizações e pelos sujeitos sociais.

Vale ressaltar que a formação e a práxis do enfermeiro devem abranger as dimensões cuidadora, gerencial, educadora e de investigação científica. Algumas destas dimensões foram mencionadas pelos enfermeiros e outras não. Diante disso, torna-se evidente que os enfermeiros precisam dedicar maior atenção às dimensões de ensino e pesquisa.

Ao analisarmos as falas dos sujeitos desta pesquisa verificamos que as facilidades mais citadas para a realização do trabalho dos enfermeiros estão associadas ao relacionamento

desenvolvido com a equipe multidisciplinar, a aspectos de infraestrutura disponíveis para uso no serviço, a disponibilidade de transporte, materiais e equipamentos e à formação profissional.

A autonomia dentro do serviço foi elencada por um dos sujeitos como sendo um elemento facilitador do seu trabalho, assim como o bom relacionamento com a equipe da CNCDO regional. Porém poucas foram as facilidades relatadas pelos enfermeiros diante da atuação no Banco de Olhos. Espera-se que possam ser ampliadas em um período não tão distante.

À luz da dialética o que deve ser considerado significativo não são apenas as semelhanças, mas, sobretudo, as diferenças, os elementos de ruptura, de descontinuidade. É a partir das diferenças que possibilidades podem ser vislumbradas e os limites superados.

Quanto às dificuldades encontradas para sua atuação percebe-se que foram citadas com maior expressão e dizem respeito a diversos aspectos do trabalho. Verificou-se que o trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos é posto entre conflitos e contradições múltiplos dentro do contexto político-econômico em que está inserido e a análise do trabalho dos enfermeiros nos Bancos de Olhos aponta desafios à profissão. Desafios estes que devem ser reconhecidos e vencidos por meio de perícia técnica e gerencial, ética, vontade, conhecimento de aspectos políticos da realidade social e através de pesquisas.

A saúde física e psíquica dos enfermeiros entrevistados está sob risco em vista dos desajustes e contradições identificados nesta pesquisa como falta de condições de trabalho, condições de materiais, recurso humano escasso, relações hierárquicas conflituosas, dentre outras e o sentimento de insatisfação do trabalhador de enfermagem pode ser percebido através das falas sobre ausência de valorização profissional e de autonomia do enfermeiro e, também, quando referem-se às relações de poder estabelecidas no contexto laboral.

Os discursos mostram que os enfermeiros consideram-se membros responsáveis pelo serviço de enfermagem e pela integração da equipe, mas se sentem tolhidos diante das estruturas políticas presentes, indo sua atuação até certo limite (limite imposto pelos gestores do serviço), o que realça as disparidades e os poderes entre os diversos atores no contexto da política de doação e transplante de córneas no estado. Esta discussão é muito pertinente dentro da perspectiva do materialismo histórico que busca dar sentido e compreender os fatores envolvidos no processo de trabalho e seu impacto sobre o trabalhador.

Foram apontados como dificultadores a qualidade dos materiais necessários ao desenvolvimento das atividades do serviço, a dificuldade de compra e/ou reposição de materiais. Isto pode ser explicado, em parte, pelo fato de os Bancos de Olhos de Minas Gerais

estarem vinculados ao serviço público e, conseqüentemente, à forma como ocorre a aquisição/gestão deste processo.

Foram mencionadas dificuldades que os profissionais do serviço enfrentam para realização da captação de córneas em tempo hábil (até 6 horas após a PCR), considerando o tempo empreendido na abordagem da família para consentimento da doação, as viagens para outras cidades realizadas muitas vezes durante a madrugada, as intercorrências que vez por outra ocorrem com o veículo.

Foi observado que nem todos os Bancos de Olhos têm carro à disposição para o transporte dos profissionais e tecidos, o que gera desgaste aos profissionais em situações em que o tempo é precioso, representando, inclusive, a possibilidade ou não de captação das córneas, além de impactar na qualidade dos tecidos que são captados e possivelmente preservados e liberados para transplante.

Em alguns Bancos de Olhos não há enfermeiros atuando diretamente no serviço, embora haja técnicos de enfermagem. Esta situação precisa ser revista e combatida. Pois esta pesquisa aponta que a atuação do enfermeiro pode promover mudanças significativas ao serviço no que diz respeito a práticas humanizadoras, educativas, organizacionais e assistenciais, além do fato desta situação ser irregular.

Outra dificuldade citada refere-se à qualidade da abordagem familiar realizada por alguns profissionais diante da possibilidade de doação de córneas. Pensa-se que se trata de uma situação bastante delicada, que deve ser revista e aprimorada, considerando que é uma etapa primordial para a efetivação da doação e envolve diversos aspectos importantes para a família do potencial doador.

Sobre a política de transplantes em nosso país e estado, alguns entrevistados reconhecem que houve avanços, mas que estes são pequenos diante do potencial existente e elencam a falta de campanhas sobre doação de córneas e as (des)estruturas das CIHDOTs como fatores dificultadores significativos.

Os achados desta pesquisa mostram que o princípio da integralidade e a humanização em saúde ainda estão ausentes em políticas do SUS tanto nas microrrelações que ocorrem nos serviços de saúde como nas macrorrelações e mostra que as condições de trabalho e a ética não podem ser pensadas de forma descontextualizadas do modelo social posto.

As dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros dos Bancos de Olhos precisam ser (re) pensadas dentro da política de doação e transplante de córneas estabelecidas, de forma a tornar a integralidade e a humanização em saúde como elementos que permeiam e sustentam as práticas de saúde.

Notamos que o número de discussões e estudos a respeito do papel do enfermeiro na doação de órgãos e tecidos para transplantes é incipiente, sobretudo quanto à atuação em Bancos de Tecidos Oculares Humanos.

Como vimos, a atuação dos enfermeiros não se limita à execução de procedimentos técnicos como enucleação e preservação de tecidos. Além de ser, na prática, o grande responsável, pelo gerenciamento do serviço da equipe de enfermagem, este profissional acaba gerenciando os processos de trabalho no setor.

Deve-se refletir sobre as novas tendências gerenciais e como elas podem influenciar a organização do trabalho de enfermagem e as ações dos enfermeiros gerentes em estratégias que atendam aos desafios da profissão. Na liderança em enfermagem é necessário que o resgate do cuidado seja uma constante. Sendo assim, o enfermeiro deve preocupar-se com a equipe, estabelecendo uma relação dialógica, estimulando a valorização do cuidado e o pensamento crítico dentro do próprio ambiente de trabalho.

Chama a atenção que, quando questionados sobre as atividades dos enfermeiros nos Bancos de Olhos, há pouca menção à educação em saúde da população geral e dos profissionais sobre os inúmeros aspectos relacionados à doação e transplante de córneas.

Os sujeitos destacam a importância de ter uma equipe bem integrada, sincronizada. A padronização das atividades dentro do setor foi mencionada nesta pesquisa como sendo um caminho para a sistematização do processo de trabalho, visando manter a boa qualidade do serviço.

Percebe-se nos relatos destacados que o profissional reconhece que o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros é incipiente diante das potencialidades existentes, chegando ao ponto do papel dos enfermeiros ser confundido com o dos técnicos de enfermagem do serviço. Nota-se, também, que não há uniformidade na gestão dos serviços e que os enfermeiros têm autonomia para seu trabalho em alguns Bancos de Olhos e em outros isso não ocorre.

Observou-se que algumas determinações e princípios que regem a atuação dos profissionais da enfermagem vêm sendo desrespeitadas em alguns serviços. Tais situações merecem atenção, reflexão e mudança, de modo a garantir a qualidade dos serviços prestados e a qualidade de vida dos trabalhadores envolvidos.

Pode-se concluir, então, que a atuação dos enfermeiros nos diferentes serviços relacionados à doação e transplante de órgãos e tecidos precisa ser revista e transformada e que novos referenciais sejam buscados para a compreensão do cuidado e do gerenciamento de enfermagem. Acredita-se que o cuidado é a essência do trabalho da enfermagem e que o

mesmo deve estar antes de tudo, presente nas relações entre os próprios profissionais. Este cuidado deve permear as relações, independente dos níveis hierárquicos existentes na política de transplantes.

Pensa-se que a atuação do enfermeiro é essencial para o bom funcionamento do serviço no Banco de Olhos e que tal profissional, através da sua formação, pode contribuir grandemente para ampliação e melhorias do serviço. Tal pensamento é reforçado por sujeitos desta pesquisa.

Este estudo mostra que o significado externo da morte adquire um sentido pessoal para os trabalhadores e evoca sentimentos e reações distintas a partir do contexto em que se insere, o que pode gerar sofrimento, e até mesmo, comprometimento da saúde mental dos profissionais e observa que não são todos os profissionais que se disponibilizam a trabalhar nos Bancos de Olhos que têm condições emocionais para lidar com as situações envolvidas no processo de trabalho.

Observou-se que os enfermeiros dos Bancos de Olhos lidam de formas diferentes com a morte. Há mortes que geram maior desgaste e sofrimento ao profissional do Banco de Olhos, como a morte de jovens e crianças, morte de pessoas vítimas de violência e morte de pessoas com as quais os profissionais tinham um vínculo afetivo.

O estudo confirma que a formação dos profissionais não permite um olhar amplo sobre a temática. A graduação em enfermagem quase não aborda a morte e o morrer e quando o faz foca o cuidado técnico envolvido, embora habilidades técnico científicas e humanas sejam requeridas destes profissionais para lidar com as situações de morte. Defende-se que os cursos de graduação precisam abandonar o modelo positivista, pois educam o aluno para lidar com a morte do ponto essencialmente técnico como se o ser humano não fosse constituído também de emoções, crenças e valores.

Destaque foi dado à abordagem familiar para esclarecimentos e solicitação da doação de córneas. A entrevista familiar deve basear-se nos princípios da ética, da legalidade e da humanização. Tal postura diante do sofrimento da família é um dever do profissional de saúde e deve prevalecer independente do seu estado clínico ou de quaisquer outros fatores.

Reconhece-se que não é fácil lidar com a morte, mesmo que ela seja intrínseca ao trabalho dos enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos. Contudo, mesmo diante da exposição a situações de morte e desgastes relacionados ao trabalho, o serviço no Banco de Olhos é considerado algo nobre e recompensador pelos enfermeiros entrevistados.

Pensa-se que discussões acerca da morte são relevantes, pois possibilitam aos profissionais de enfermagem o desenvolvimento do autoconhecimento e manutenção da saúde

mental, além de subsidiarem as intervenções para apoio aos familiares enlutados diante da morte e da tomada de decisão sobre doação de córneas.

Dessa discussão sobre a atuação do enfermeiro no Banco de Olhos, podemos mencionar algumas propostas:

- Educação e sensibilização da população geral e dos profissionais de saúde sobre a doação de córneas e temas afins, como morte encefálica;
- Educação, consultoria, reuniões e treinamentos com os profissionais de saúde para a qualificação dos mesmos, desde os que atuam na atenção primária à saúde aos que atuam nos serviços de urgência e emergência e terapias intensivas, perpassando por todas os cenários de prática de enfermagem;
- Promoção de cursos de aprimoramento dos profissionais que trabalham na alta complexidade, no que concerne a informações sobre detecção, manutenção e diagnóstico de morte encefálica, para facilitar a procura e a obtenção de órgãos e de tecidos para transplante;
- Ampla discussão que envolva os gestores municipais, os conselho de saúde municipais e estadual e representantes das Centrais de Transplante do estado e dos Bancos de Olhos, para que, juntos, discutam os processos de trabalho e a resolutividade dos problemas enfrentados na realização de doações e transplantes de córnea;
- Maior participação dos gestores estaduais e municipais junto às instituições e CIHDOTTs no sentido de oferecer subsídios para o funcionamento efetivo destas comissões;
- Adequada infraestrutura do sistema público de saúde, visando proporcionar agilidade e qualidade no atendimento dos usuários dos serviços;
- Humanização da assistência aos familiares dos doadores de córneas e aos mesmos;
- Articulação permanente entre os profissionais dos Bancos de olhos com as equipes das terapias intensivas e serviços de atendimento a emergências, visando o estreitamento dos vínculos profissionais, buscando oferecer apoio e conhecimentos com vistas a melhorias na realização do trabalho;
- Investimento em comunicação social de forma a multiplicar as informações, conhecimentos e reflexões sobre doação de córneas e, também, de órgãos e outros tecidos;

- Desenvolvimento de um trabalho de interação entre os Bancos de Olhos do estado e do país, visando a troca de experiências, conhecimentos e informações que possam propiciar melhorias nos processos de trabalho e assistência aos familiares e doadores de córneas;
- Proposta para a elaboração de um plano de sistematização da assistência de enfermagem ao familiar do potencial doador de córnea e ao doador de córnea.
- Elaboração de protocolos para a realização de atividades nos Bancos de Olhos;
- Estímulos à pesquisa nos diversos Bancos de Olhos, de forma a contribuir para melhorias nos serviços através da realização de práticas baseadas em evidências científicas;
- Auxílio das organizações/serviços àqueles que convivem com a morte e com a violência nas práticas laborais, visto que os profissionais podem apresentar distúrbios psicoemocionais em decorrência de suas atividades profissionais;
- Mudanças significativas nos cursos de graduação no que diz respeito à formação de profissionais para lidar com a morte e o morrer;
- Mudanças no processo de seleção de profissionais de enfermagem para atuação nos Bancos de Olhos, de modo que isto seja realizado pelos enfermeiros dos serviços, bem como a tomada de decisões referentes à enfermagem;
- Mudança na legislação com a determinação da inclusão do enfermeiro na equipe dos Bancos de Olhos, visto que este profissional, através da sua formação, pode contribuir grandemente para ampliação do serviço;
- Realização de parcerias com as universidades para a fomentação de estágios nos Bancos de Olhos para os cursos da área da saúde, em especial, de enfermagem;
- Articulações permanentes da Central Estadual de Transplantes, junto ao secretário estadual de saúde, objetivando aprovação no Ministério da Saúde de recursos financeiros e investimentos que visem à superação das desigualdades de acesso e garantia de integralidade da atenção à saúde na área de doação e transplante de córneas no estado de Minas Gerais.

Acredita-se que defender estas mudanças implica em uma defesa da dignidade dos (potenciais) doadores, de seus familiares e dos trabalhadores envolvidos.

Deve-se ressaltar que, como toda a pesquisa, esta apresenta algumas importantes limitações que podem ser minimizadas em trabalhos futuros. O estudo foi realizado com os enfermeiros que atuam nos Bancos de Olhos de Minas Gerais, podendo representar a

realidade apenas de uma região do Brasil. Portanto, não podemos generalizar os resultados obtidos a enfermeiros que atuam em outros Bancos de Olhos.

Outra limitação do estudo, a despeito de todos os cuidados tomados, são os possíveis vieses de informação. Entre esses, citam-se: falta de atenção ou de entendimento; pressa em terminar de responder; autocensura; e o medo de ser identificado através das falas, devido ao fato de ter um número reduzido de enfermeiros atuando neste cenário de prática no estado.

Também é de sublinhar o fato da bibliografia sobre este tema ser escassa a nível internacional e ser praticamente inexistente a nível nacional, reduzindo-se a alguns artigos científicos e dissertações de mestrado e doutorado, não tendo sido encontrado nenhum artigo específico sobre atuação de enfermeiros em Bancos de Olhos. No entanto, estas limitações não constituíram impedimento para validar os resultados do estudo realizado e as conclusões que se retiraram a partir da análise dos mesmos.

Tratando-se de uma limitação deste estudo, pensamos que é uma dimensão a ter em conta em trabalhos futuros e que seria importante que estudos próximos procurassem abranger um maior número de estados e profissionais de enfermagem que atuam nos Bancos de Olhos. Além disso, o papel da educação na formação dos profissionais, seus posicionamentos e práticas, foi tema bastante recorrente nesta pesquisa, gerando questionamentos que poderão ser respondidos em futuras pesquisas.

Novos referenciais vêm contribuir para a compreensão do cuidado e da gerência de enfermagem. Acredita-se que este estudo evidenciou um campo de trabalho para os enfermeiros que é pouco conhecido e explorado e que este tem o potencial de contribuir para a discussão do processo de trabalho dos enfermeiros dos Bancos de Olhos a partir da análise das características das organizações desse setor, apresentando discussões e reflexões que podem conduzir a melhorias na assistência e gestão de enfermagem, além de gerar estímulo a mudanças na academia no sentido de (re) estruturar as abordagens sobre morte e morrer e sobre a temática doação de órgãos e tecidos/transplantes.

Pensa-se que as perspectivas de tratamento por meio de transplantes de órgãos e tecidos dependerão, cada vez mais, da regulamentação estabelecida pelos governos, da vontade política dos sujeitos envolvidos e da apropriação de habilidades e conhecimentos necessários à implementação de políticas e ações na área de doação e transplante de órgãos e tecidos.

Espera-se que a enfermagem continue a evoluir e ganhar espaço dentro da política de doação e transplante de córneas, tornando-se autônoma e transformadora e que os apontamentos desta pesquisa alicercem reflexões necessárias sobre o trabalho dos enfermeiros

nos Bancos de Olhos, buscando maior compreensão sobre as atividades desenvolvidas, mas também sobre o significado atribuído ao seu trabalho. Para que isto ocorra é essencial que os enfermeiros se tornem sujeitos com consciência ético-política, questionem os saberes instituídos, busquem novos diálogos, adquiram conhecimento científico e, antes de tudo, reconheçam seus valores pessoais e os da enfermagem, de modo a desenvolverem competências, habilidades e atitudes que subsidiem a prática de enfermagem que almejam e que está há muito distante da que vem sendo realizada.

REFERÊNCIAS

- AARESTRUP, C.; TAVARES, C. M. D. M. A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 1, p. 228-234, jan./mar. 2008.
- ADÁN, C. B. D. et al. Dez anos de doação de córneas no Banco de Olhos do Hospital São Paulo: perfil dos doadores de 1996 a 2005. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 71, n. 2, p. 176-181, mar./abr. 2008.
- ALVES, J. D. S.; ASSIS, M. M. A. Gestão do trabalho: abordagens teóricas e políticas no contexto do sistema único de saúde SUS. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador, v. 35, p.55-67, jan./jun. 2011. Suplemento 1.
- ARAVOT, D. et al. Functional status and quality of life of heart transplant recipients surviving beyond 5 years. **Transplantation proceedings**, New York, v. 32, n. 4, p. 731-732, Jun 2000.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE TRANSPLANTES DE ÓRGÃOS. **Registro brasileiro de transplantes**: Dados numéricos da doação de órgãos e transplantes realizados por estado e instituição no período: janeiro / junho - 2012. São Paulo: ABTO, 2012. (Ano 18, n. 2).
- ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, A. F.; ARAÚJO, T. M. Vulnerabilidades ocupacionais e percepção de saúde em trabalhadores do SUS. **Revista brasileira de estudos de população**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 147-167, jan./jun. 2012.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.
- AZEREDO, N. S. G.; ROCHA, C. F.; CARVALHO, P. R. A. O enfrentamento da morte e do morrer na formação de acadêmicos de Medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 37-43, jan./mar. 2011.
- BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 7n. 3, p. 319-326, jul./set. 2008.
- BACKES, V. M. S. et al. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, N. 6, p. 858-865, nov./dez. 2008.
- BALSANELLI, A. P.; CUNHA, I. C. K. O. Liderança no contexto da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 117-122, mar. 2006.
- BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. O jogo existencial e a ritualização da morte. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 99-104, jan./fev. 2005.

BELLATO, R.; PASTI, M. J.; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, jan. 1997.

BERNIERI, J.; HIRDES, A. O preparo dos acadêmicos de enfermagem brasileiros para vivenciarem o processo morte-morrer. **Texto contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 89-96, jan./mar. 2007.

BOFF, L. **Tempo de transcendência: o ser humano como um prometo infinito**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BOUSSO, R. S. et al. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 397-403, abr. 2011.

BRASIL. Lei n. 4.280, de 06 de novembro de 1963. Dispõe sobre a extirpação de órgão ou tecido de pessoa falecida. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 11 nov. 1963, Seção 1, p. 9482.

BRASIL. Lei n. 5.479, de 10 de agosto de 1968. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes de cadáver para finalidade terapêutica e científica, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 ago. 1968. Seção 1, p. 7177.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. p. 9273.

BRASIL. Lei n. 8.489, de 18 de novembro de 1992. Dispõe sobre a retirada e transplante de tecidos, órgãos e partes do corpo humano, com fins terapêuticos e científicos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 nov. 1992. Seção 1, p. 16065.

BRASIL. Lei n. 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 jun. 1993. p. 8269.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996a. Seção 1, p.21082.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez. 1996b. Seção 1, p. 27833.

BRASIL. Lei n. 9.434, de 04 de fevereiro de 1997. Dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 fev.1997a. p. 2191.

BRASIL. Decreto n. 2.268 de 30 de junho de 1997. Regulamenta a Lei n. 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fim de transplante e tratamento, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 1997b. p. 13739.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.407, de 05 de agosto de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre as atividades de transplantes e dispõe sobre a Coordenação Nacional de Transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 mar. 1998a. Seção 1, p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.432, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação entre diferentes unidades de tratamento intensivo - UTI. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 ago. 1998b. Seção 1, p. 109.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 263, de 31 de março de 1999. A utilização de tecidos, órgãos ou partes do corpo humano para fins científicos somente será permitida depois de esgotadas as possibilidades de sua utilização em transplantes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 abr. 1999. Seção 1, p.14.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 905, de 16 de agosto de 2000. Estabelece a obrigatoriedade da existência e funcionamento de comissão intra-hospitalar de transplantes como exigência para o cadastramento de unidades de tratamento intensivo tipos II e III estabelecidas pela portaria GM/MS n.. 3.432, de 12 de agosto de 1998, e para inclusão de hospitais nos sistemas de referência hospitalar em atendimento de urgências e emergências, nos tipos I, II e III, fixadas pela portaria GM/MS n.. 479, de 15 de abril de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 ago. 2000. Seção 1, p. 119.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 91, de 23 de janeiro de 2001. Estabelece organização regional, para fins de distribuição de órgãos pela Central Nacional de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 jan. 2001a. Seção 1, p. 20.

BRASIL. Lei n. 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que "dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento". **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 mar. 2001b. p. 6 (Edição extra).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.559, de 06 de setembro de 2001. Cria, no âmbito do sistema nacional de transplantes, o programa nacional de implantação/implementação de banco de olhos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 set. 2001c. Seção 1, p. 55.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Parecer n. 1.133, de 01 de outubro de 2001. Nos termos do art. 2º da Lei nº 9.131, de 24 de novembro de 1995, o Ministro de Estado da Educação HOMOLOGA o Parecer nº 1.133/2001, da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, favorável à aprovação dos projetos de resolução referentes às propostas de Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Nutrição, conforme consta do Processo nº

23001.000245/2001-11. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 out. 2001d. Seção 1E, p.131.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Relatório de gestão Secretaria de Assistência à Saúde 1998/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 220 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 828, de 29 de junho de 2003. Define por banco de tecidos oculares humanos os serviços que, possuindo instalações físicas, equipamentos e profissionais, que possibilitem o cumprimento das normas técnicas, seja destinado a captar, transportar, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa (laboratorial ou ensaio clínico, aprovados por comissões de ética) ou de ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 jul. 2003a. Seção 1, p. 21.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 347, de 02 de dezembro de 2003. Determina normas técnicas para o funcionamento de bancos de olhos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 2003b. Seção 1, p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 239, de 19 de fevereiro de 2004. Define como banco de tecidos oculares humanos o serviço que, possuindo instalações físicas, equipamentos e profissionais que possibilitem o cumprimento das normas técnicas, seja destinado a captar, transportar, processar e armazenar tecidos oculares de procedência humana para fins terapêuticos, de pesquisa (laboratorial ou ensaio clínico, aprovados por comissões de ética) ou de ensino. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2004a. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 715, de 01 de dezembro de 2004. Cria, no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, por meio do Departamento de Atenção Especializada - Coordenação-Geral do Sistema Nacional de Transplantes, a Câmara Técnica Nacional de Transplante de Córnea, com a finalidade de estudar e sugerir ao ministério da saúde a formulação, revisão, atualização e aperfeiçoamento das normas relativas ao procedimento de transplante de córnea. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 02 dez. 2004b, Seção 2, p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.692, de 23 de dezembro de 2004. Define banco de tecidos oculares, aprovando as normas gerais para sua instalação e cadastramento/autorização, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 dez. 2004c. Seção 1, p. 46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.752, de 23 de dezembro de 2005. Determina a constituição de comissão intra-hospitalar de doação de órgãos e tecidos para transplante em todos os hospitais públicos, privados e filantrópicos com mais de 80 leitos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p. 54.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.262, de 16 de junho de 2006. Aprova o regulamento técnico para estabelecer as atribuições, deveres e indicadores de eficiência e do potencial de doação de órgãos e tecidos relativos às comissões intra-hospitalares de doação de órgãos e tecidos para transplante (CIHDOTT). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 jun. 2006. Seção 1, p. 41.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 67, de 30 de setembro de 2008. Dispõe sobre o regulamento técnico para o funcionamento de bancos de tecidos oculares de origem humana. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 out. 2008. Seção 1, p. 62.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Transplantes**. [c201-]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1004>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil 1988**. 12. ed. Belo Horizonte: Assembleia Legislativa do Estado de Minas Gerais, 2012. 329 p.

CARVALHO, L. B.; FREIRE, J. C.; BOSI, M. L. M. Alteridade radical: implicações para o cuidado em saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 849-865, 2009.

CAVEDON, N. R. Modos de enfrentamento da morte violenta: a atuação dos servidores do departamento de criminalística do Instituto Geral de Perícias do Rio Grande do Sul. **Revista de administração Mackenzie**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 75-104, jul./ago. 2011.

CHALITA, M. R. C. et al. Rejeição corneana pós transplante de córnea: análise de dados do Banco de Olhos do Hospital São Paulo - Escola Paulista de Medicina. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 63, n. 1, p. 55-58, jan./fev. 2000.

CINTRA, V.; SANNA, M. C. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 1, p. 78-81, jan./fev. 2005.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 214-217, mar./abr. 2005.

COMBINATO, D. S.; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 11, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 160, de 12 de maio de 1993. Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. 1993. Disponível em: <<http://pnass.datasus.gov.br/documentos/normas/109.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 189, de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. 1996a. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1891996-revogada-pela-resoluo-cofen-2932004_4249.html>. Acesso em: 20 jul. 2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 191, de 31 de maio de 1996. Dispõe sobre a forma de anotação e o uso do número de inscrição ou da autorização, pelo pessoal de Enfermagem. 1996b. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html>. Acesso em: 17 dez. 2012

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 292, de 7 de junho de 2004. Normatiza a atuação do enfermeiro na captação e transplante de órgãos e tecidos. 2004a. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2922004_4328.html>. Acesso em: 24 nov. 2011

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 293, de 21 de setembro de 2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 01 nov. 2004b. Seção 1, p. 52.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 389, de 18 de outubro de 2011. Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen / Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação *lato e stricto sensu* concedido a Enfermeiros e lista as Especialidades. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 out. 2011. Seção 1, p. 146.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.346, de 08 de agosto de 1991. Estabelece critérios para a caracterização da parada total e irreversível das funções encefálicas em pessoas com mais de dois anos de idade. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1991. Seção 1, p. 22731.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução n. 1.480, de 08 de agosto de 1997. A morte encefálica será caracterizada através da realização de exames clínicos e complementares durante intervalos de tempo variáveis, próprios para determinadas faixas etárias. Revoga-se a Resolução CFM n. 1.346/91. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 ago. 1997. Seção 1, p. 18.227.

CORRADI, M. I.; SILVA, S. H. Laboratório de transplante celular: novo cenário de atuação do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 267-271, mar./abr. 2008.

DAIBERT, M. C. **Recusa familiar na doação de órgãos na Central de Notificação, Captação e Distribuição de Órgãos – CNCDO/ Regional Zona da Mata/ Minas Gerais**. 2007. 120 f. (Mestrado em Serviço Social)– Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2007.

DALY, B. J. End-of-life decision making, organ donation, and critical care nurses. **Critical care nurse**, Aliso Viejo, v. 26, n. 2, p. 78-86, Apr 2006.

DE LIMA TRINDADE, L. et al. Influencia de los estilos de liderazgo del enfermero en las relaciones interpersonales del equipo de enfermería. **Enfermería global**, Murcia, v. 10, n. 2, p. 1-9, 2011.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista brasileira de saúde ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DELL AGNOLO, C. M. et al. A experiência da família frente à abordagem para doação de órgãos na morte encefálica. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 375-382, set. 2009.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DURIE, C. Organ donation: process and standards leading to transplant. **Journal of legal nurse consulting**, Ipswich, v. 17, n. 4, p. 12-18, 2006.

EHLERS, N. Corneal banking and grafting: the background to the Danish Eye Bank System, where corneas await their patients. **Acta ophthalmologica Scandinavica**, Oxford, v. 80, n. 6, p. 572-578, Dec 2002.

ERTIN, H. et al. Nurse-focused ethical solutions to problems in organ transplantation. **Nursing ethics**, London, v. 17, n. 6, p. 705-714, Nov 2010.

FERNANDES DE AGUIAR, D. et al. Gerenciamento de enfermagem: situações que facilitam ou dificultam o cuidado na unidade coronariana. **Aquichan**, Chía, v. 10, n. 2, p. 115-131, ago. 2010.

FLEURY, S. A reforma sanitária e o SUS: questões de sustentabilidade. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 307-309, mar./abr 2007.

FLORES, V. G. C.; DIAS, H. L. R.; CASTRO, R. S. Indicações para ceratoplastia penetrante no Hospital das Clínicas-UNICAMP. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 70, n. 3, p. 505-508, maio/jun. 2007.

FREIRE, J. C. **O lugar do outro na modernidade tardia**. São Paulo: Anablume, 2002.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. **Complexo MG Transplantes**. [c201-a]). Disponível em: <<http://www.FHEMIG.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-mg-transplantes>>. Acesso em: 19 jul 2012.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE MINAS GERAIS. **Implantação das OPOs promete alavancar doação de órgãos no Estado**. [c201-b]. Disponível em: <<http://www.FHEMIG.mg.gov.br/pt/banco-sala-de-imprensa/2105-implantacao-das-opos-promete-alavancar-doacao-de-orgaos-no-estado>>. Acesso em: 26 jul. 2012.

GARCIA, V. D. A política de transplantes no Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 50, n. 4, p. 313-320, out./dez. 2006.

GARCIA, V. D. et al. Proposta de uma política de transplantes para o Brasil. In: GARCIA, V. D. (Ed). **Por uma política de transplantes no Brasil**. São Paulo: Office, 2000. p. 109-162.

GUMBLEY, E.; PEAKSON, J. Tissue donation: benefits, legal issues and the nurse's role. **Nursing standart**, London, v. 21, n. 1, p. 51-56, Sep 2006

HADER, R. Desperately seeking donors. **Nursing management**, Chicago, v. 37, n. 10, p. 28-34, Oct 2006.

HANZELMANN, R. S.; PASSOS, J. P. Imagens e representações da enfermagem acerca do stress e sua influência na atividade laboral. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 694-701, set. 2010.

HARIHARAM, S. et al. Improved graft survival after renal transplantation in the United States, 1988 to 1996. **The New England journal of medicine**, Boston, v. 342, n. 9, p. 605-612, Mar 2000.

HONÓRIO, M. T.; ALBUQUERQUE, G. L. A gestão de materiais em enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 259-268, set./dez. 2005.

ISSAHO, D. C.; TENÓRIO, M. B.; MOREIRA, H. Principais variáveis envolvidas na não-doação de córneas de potenciais doadores em um hospital universitário de Curitiba. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 72, n. 4, p. 509-514, jul./ag. 2009.

ITO, E. E. et al. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 570-575, dez. 2006.

JACOBY, L.; JACCARD, J. Perceived support among families deciding about organ donation for their loved ones: donor vs nondonor next of kin. **American journal of critical care**, Aliso Viejo, v. 19, n. 5, p. e52-e61, Sep 2010.

KIM, J. R.; FISHER, M.; ELLIOTT, D. Knowledge levels of Korean intensive care nurses towards brain death and organ transplantation. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 574-580, May 2006.

KOVÁCS, M. J. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 25, n. 3, p. 484-497, set. 2005.

KRAEMER, F. Z.; DUARTE, M. L. C.; KAISER, D. E. Autonomia e trabalho do enfermeiro. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 3, p. 487-494, set. 2011.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M. H. T. A pesquisa na área de gerenciamento em enfermagem no Brasil. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 2, p. 161-164, mar./abr. 2005.

LAMB, D. **Transplante de órgãos e ética**. São Paulo: Hucitec, 2000.

LIBÂNIO, M. S. **Formulário de contato** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <enfbeta@yahoo.com.br> em 29 out. 2012.

LUIZA, V. L.; CASTRO, C. G. S. O.; NUNES, J. M. Aquisição de medicamentos no setor público: o binômio qualidade-custo. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-776, out./dez. 1999.

LÓPEZ-MONTESINOS, M. J. et al. Organ donation and transplantation training for future professional nurses as a health and social awareness policy. **Transplantation proceedings**, New York, v. 42, n. 1, p. 239-242, Jan/Feb 2010.

MAGALHÃES, A. M. M.; RIBOLDI, C. O.; DALL'AGNOL, C. M. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 608-612, jul./ago. 2009.

MAGNAGO, T. S. B. S. et al. Condições de trabalho de profissionais da enfermagem: avaliação baseada no modelo demanda-controle. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 811-817, 2010.

MANUEL, A.; SOLBERG, S.; MACDONALD, S. Organ donation experiences of family members. **Nephrology nursing journal**, Pitman, v. 37, n. 3, p. 229-236, May/June 2010.

MASSAROLLO, M. C. K. B.; KURCGANT, P. O vivencial dos enfermeiros no programa de transplante de fígado de um hospital público. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 66-72, ago. 2000.

MAYA, C. M.; SIMÕES, A. L. A. Implicações do dimensionamento do pessoal de enfermagem no desempenho das competências do profissional enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 5, p. 898-904, set./out. 2011.

MCCOLGAN, K. Corneal transplant surgery. **Journal of perioperative practice**, Harrogate, v. 19, n. 2, p. 51-54, Feb 2009.

MENEGON, V. S. M. Crise dos serviços de saúde no cotidiano da mídia impressa. **Psicologia e sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 32-40, 2008. Número especial.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MISHIMA, S. et al. O velho trabalho em equipe pode ganhar cara nova: uma perspectiva do trabalho gerencial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 66-74, jan./abr. 2000.

MORAES, E. L.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Recusa de doação de órgãos e tecidos para transplante relacionados por familiares de potenciais doadores. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 131-135, 2009.

MUNHOZ, S.; RAMOS, L. H.; CUNHA, I. C. K. O. Eficiência e eficácia do desempenho da enfermagem em procedimentos técnicos. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 66-70, jan./fev. 2008.

NASCIMENTO, K. C. et al. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 643-648, dez. 2008.

NOTHEN, R. R. A doação de órgãos no cenário da unidade de terapia intensiva. In: ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA (Ed.). **Programa de atualização em terapia intensiva**. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2004. p. 55-153. v. 2.

NÚMERO de transplantes no Brasil aumenta 12,7% no primeiro semestre de 2012. Brasília DF, Portal Planalto, 2012. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/imprensa/noticias-de-governo/numero-de-transplantes-no-brasil-aumenta-12-7-no-primeiro-semester-de-2012-diz-saude>>. Acesso em: 27 set. 2012.

OIGMAN, G. Tabu da morte. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9. p. 2248-2249, set. 2007.

OLIVEIRA, J. B. A.; LOPES, R. G. C. O processo de luto no idoso pela morte de cônjuge e filho. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 217-221, abr./jun. 2008.

OLIVEIRA, J. R.; BRÊTAS, J. R. S.; YAMAGUTI, L. A morte e o morrer segundo representações de estudantes de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 386-394, set. 2007.

OLIVEIRA, S. G.; QUINTANA, A. M.; BERTOLINO, K. C. O. Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1077-1080, Nov./dez. 2010.

OSTROWSKI, M. et al. Changes in patients' quality of life after renal transplantation. **Transplantation proceedings**, New York, v. 32, n. 6, p. 1371-1374, Sep 2000.

PARKES, C. M. **Luto**: estudos sobre a perda na vida adulta. São Paulo: Summus, 1998.

PASCHOAL, M. L. H.; CASTILHO, V. Implementação do sistema de gestão de materiais informatizado do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 984-988, dez. 2010.

PAULA, A. P. P. Administração pública brasileira entre o gerencialismo e a gestão social. **Revista de administração de empresas**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 36-49, 2005.

PEREIRA, W. A. História dos transplantes. In: PEREIRA, W. A. **Manual de transplantes de órgãos e tecidos**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 01-42.

QUINTANA, A. M. et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 7-14, jan./mar. 2008.

REIS, D. J. F. et al. Doação e transplantes de órgãos no Brasil: filas de espera e famílias. **Revista mineira de educação física**, Viçosa, n. 5, p. 96-104, 2010. Edição especial.

RESCK, Z. M. R.; GOMES, E. L. R. Background and managerial practice of nurses: paths for transforming praxis. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 71-77, jan./fev. 2008.

ROZA, B. A. **Efeitos do processo de doação de órgãos e tecidos em familiares: intencionalidade de uma nova doação**. 2005. 146 f. Tese (Doutorado em Ciências)– Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

ROZA, B. A. et al. Doação de órgãos e tecidos: relação com o corpo em nossa sociedade: [revisão]. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 417-422, maio/jun. 2010.

SANO, F. T. et al. Tendência de mudança nas indicações de transplante penetrante de córnea. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 71, n. 3, p. 400-404, maio/jun. 2008.

SANO, R. Y. et al. Análise das córneas do Banco de Olhos da Santa Casa de São Paulo utilizadas em transplantes. **Arquivos brasileiros de oftalmologia**, São Paulo, v. 73, n. 3, p. 254-258, jun. 2010.

SANTIAGO, D. Hospital Samaritano festeja 8 anos de trabalho em GV. **Diário do Rio Doce**, Governador Valadares, 28 maio 2008. Disponível em: <<http://www.drd.com.br/news.asp?id=50027432827100001>>. Acesso em: 01 nov. 2012.

SANTOS, C. G. et al. Motivos do descarte de córneas captadas pelo banco de olhos do Hospital São Paulo em dois anos. **Revista brasileira de oftalmologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 18-22, 2010.

SANTOS FILHO, S. B. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1005-1006, maio 2012.

SANTOS, J. L.; BUENO, S. M. V. Educação para a morte a docentes e discentes de enfermagem: revisão documental da literatura científica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 272-276, mar. 2011.

SANTOS, M. J.; MASSAROLLO, M. C. K. B. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 382-387, maio/jun. 2005.

_____. Fatores que facilitam e dificultam a entrevista familiar no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 472-478, 2011.

SCHWONKE, C. R. G. B. et al. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 189-192, jan./fev. 2011.

SEBOLD, L. F.; CARRARO, T. E. La práctica pedagógica del docente en enfermería: una revisión integradora de la literatura. **Enfermería global**, Murcia, v. 10, n. 22, p. 1-11, abr. 2011.

SHIMIZU, H. E. Como os trabalhadores de enfermagem enfrentam o processo de morrer. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 257-262, maio/jun. 2007.

SILVA, A. F.; GUIMARÃES, T. S.; NOGUEIRA, G. P. A atuação do enfermeiro na captação de órgãos. **Revista brasileira de ciências da saúde**, São Caetano do Sul, v. 7, n. 19, p. 71-85, 2009.

SILVA, C. S. O.; MENDONÇA, J. M. G.; COSTA, H. J. O papel do enfermeiro dentro da equipe de enfermagem: a percepção do auxiliar. **Unimontes científica**, Montes Claros, v. 7, p. 113-120, 2005.

SILVA, E. M.; GOMES, E. L. R.; ANSEMI, M. L. Enfermagem: realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 1, n. 1, p. 59-63, 1993.

SILVA, K. L.; SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 48-56, mar. 2008.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. Um deslocamento do olhar sobre o conhecimento especializado em enfermagem: debate epistemológico. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, p. 1042-1048, nov./dez. 2008.

SIMÕES, A. L. A.; FÁVERO, N. O desafio da liderança para o enfermeiro. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 567-573, set./out. 2003.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Reflexão sobre o cuidado como essência da liderança em enfermagem. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 181-187, jan./mar. 2009.

SOUZA, A. L. C.; CERQUEIRA, C. N.; NOGUEIRA, E. C. Contribuição do enfermeiro para possível redução de rejeição ao Transplante de Córnea. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 239-243, 2011.

SPAGNOL, C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 119-127, jan./mar. 2005.

SQUE, M. et al. Why relatives do not donate organs for transplants: 'sacrifice' or 'gift of life'? **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 61, n. 2, p. 134-144, Jan 2008.

STIEL, S.; HERMEL, M.; RADBRUCH, L. Cornea donation from patients deceased at a palliative care unit. **Palliative medicine**, London, v. 25, n. 2, p. 183-184, Mar 2011.

DEI SVALDI, J. S.; LUNARDI FILHO, W. D.; GOMES, G. C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto & contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 500-507, jul./set. 2006.

TREZZA, M. C. A. F.; SANTOS, R. M.; LEITE, J. L. Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 904-908, Nov./dez. 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

VARGAS, D. Morte e morrer: sentimentos e condutas de estudantes de enfermagem. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 404-410, maio/jun. 2010.

VASCONCELOS, C. M. C. B.; BACKES, V. M. S.; GUE, J. M. La evaluación en la enseñanza de grado en enfermería en América Latina: una revisión integrativa. **Enfermería global**, Murcia, v. 10, n. 23, p. 96-117, jul. 2011.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-15, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Pesquisa com o título provisório “Bancos de Tecidos Oculares Humanos: Atuação dos Enfermeiros”.

Entrevista n.: _____ Local: _____

PERFIL DO ENTREVISTADO:

Gênero: F () M ()

Idade: _____

Situação conjugal: casado () solteiro () divorciado () viúvo () união consensual ()

Número de anos estudados: _____

Tempo de experiência profissional: _____

Titulação: Graduação () Especialização () Mestrado () Doutorado () Outro: _____

Tempo de atuação em Bancos de Tecidos Oculares Humanos: _____

Possui especialização na área de doação de órgãos e tecidos ou outra área afim:

() sim () não () outra: _____

QUESTÕES:

1. Descreva as atividades que você realiza rotineiramente.
2. Quais são em sua opinião as habilidades e conhecimentos necessários aos enfermeiros que atuam em Banco de Olhos?
3. O que você considera prioritário na atuação de enfermagem em Banco de Olhos?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: *Roberta Teixeira Prado*

ENDEREÇO: *Rua Coronel Cristóvan de Andrade, 50/302. Centro*

CEP: *36062-440 – Juiz de Fora - MG*

FONE: *(32) 3214-9770*

E-MAIL: *enfbeta@yahoo.com.br*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a), como voluntário(a), a participar da pesquisa com o título provisório “Bancos de Tecidos Oculares Humanos: Atuação dos Enfermeiros”. Neste estudo pretende-se investigar as especificidades do trabalho dos enfermeiros em Banco de Tecidos Oculares Humanos, tendo por base as etapas do processo de captação de órgãos e tecidos estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

A metodologia consiste numa entrevista com questões semiestruturadas, que se autorizado, será gravada e transcrita posteriormente. Os sujeitos da pesquisa serão enfermeiros que atuam em Bancos de Tecidos Oculares Humanos no estado de Minas Gerais (MG).

Nesta pesquisa, os riscos considerados são mínimos, como aqueles que podem acontecer no seu dia a dia, apesar disso, é de responsabilidade da pesquisadora a suspensão e o oferecimento de assistência necessária em relação às possíveis complicações e danos decorrentes da pesquisa.

Para participar você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Podendo retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem/UFJF e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo com o título provisório “Bancos de Tecidos Oculares Humanos: Atuação dos Enfermeiros”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Desta forma, declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2012.

<p><i>Assinatura do participante</i></p> <p>End: _____</p> <p>_____</p>	<p><i>Assinatura do orientador</i></p> <p>End: _____</p> <p>Tel: _____</p> <p>_____</p>	<p><i>Assinatura do pesquisador</i></p> <p>End: _____</p> <p>_____</p>
--	---	---

APÊNDICE C – Instrumento de registro de dados

 UFJF Mestrado em Enfermagem	Instrumento de registro de dados - pesquisa "Banco de Tecidos Oculares Humanos: Atuação dos Enfermeiros" de Roberta Teixeira Prado		Página: _____
	Tipo de registro: <input type="checkbox"/> Notas de observação de campo <input type="checkbox"/> Memorando com notas de codificação <input type="checkbox"/> Memorando com notas teóricas <input type="checkbox"/> Memorando com notas operacionais		Nº de linhas: _____
	Código da entrevista/observação/documento:		Data: _____
			Local: _____
		Categoria:	
		Subcategoria:	

Assinatura: _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer de aprovação co Comitê de Ética em Pesquisa - FHEMIG

FHEMIG
FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO
ESTADO DE MINAS GERAIS

PARECER Nº. 010/2012

Data: 13/02/2012

Registro CEP/ADC/FHEMIG: 010/2012 (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto).

Folha de Rosto

FR - 487415

Hospital Regional Doutor João Penido/FHEMIG/ Juiz de Fora - MG.

Pesquisadora responsável: Roberta Teixeira Prado.

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG) aprovou em 09 de fevereiro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado: “Banco de Tecidos Oculares Humanos: atuação dos enfermeiros”.

Segundo o item **VII.13.d da Resolução 196/96**, os pesquisadores ficam **OBRIGADOS** a enviar relatórios anualmente.

Assim o relatório parcial deverá ser entregue em **09/02/2013** e/ou o relatório final ao término da pesquisa.

O relatório poderá seguir o modelo de acompanhamento disponível na Intranet/FHEMIG.


Vanderson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Sipro: 0036409/2270/2011-5

ANEXO B – Mensagem pessoal enviada por Márcia Salomão Libânio (ABTO)

----- Mensagem encaminhada -----

De: ABTO <abto@abto.org.br>

Para: enfbeta@yahoo.com.br

Enviadas: Segunda-feira, 29 de Outubro de 2012 10:45

Assunto: Formulário de Contato

Roberta,

No que se refere às atividades de transplante de órgãos e tecidos, o Estado de Minas Gerais é de fato regionalizado, sendo subdividido nas seis sub-regiões listadas a seguir, com as respectivas sedes:

1 - Metropolitana (abrange a região metropolitana de Belo Horizonte);

2 - Zona da Mata (sede em Juiz de Fora);

3 - Norte (sede em Montes Claros);

4 - Oeste (sede em Uberlândia);

5 - Sul (sede em Pouso Alegre)

6 - Leste (sede em Governador Valadares)

No momento há cinco bancos de olhos autorizados para funcionamento no Estado, um em cada regional, com exceção da região Norte. Os bancos de olhos estão localizados nas seguintes cidades e instituições:

- Belo Horizonte - Hospital João XXIII / FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais);

- Juiz de Fora - Hospital João Penido / FHEMIG (Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais);

- Uberlândia - Universidade Federal de Uberlândia;

- Alfenas - Hospital Alzira Velano;

- Governador Valadares - Hospital Samaritano.

Como a região Norte não possui banco de olhos autorizado para funcionamento, todos os tecidos oculares captados nesta região são encaminhados para avaliação e processamento em Belo Horizonte.

As listas de espera são regionais, ou seja, o que é captado em uma determinada região é distribuído para a lista de espera da própria região, sendo o excedente, se for o caso, enviado para as outras sub-regiões dentro do próprio Estado.

Atenciosamente,

Marcia Salomão Libânio

Coordenadora do Departamento de Tecidos

De: contato@abto.org.br [<mailto:contato@abto.org.br>]

Enviada em: terça-feira, 16 de outubro de 2012 09:23

Para: abto@abto.org.br

Assunto: Formulário de Contato

Formulário	
Nome do assunto:	Outros
Nome:	Roberta Teixeira Prado
Email:	
Negócio:	Bom dia! Sou enfermeira e estou pesquisando sobre Banco de Olhos. Gostaria de saber como se dá a regionalização em Minas Gerais no que diz respeito à política de atenção à doação de órgãos e tecidos, em especial como ocorre a regionalização para os Banco de Olhos do estado. Agradeço desde já; Roberta